

Université de Montréal

**Évaluation des effets  
d'un programme de traitement de groupe  
pour adolescents agresseurs sexuels**

par

Fabienne Lagueux

Département de psychologie

Faculté des arts et des sciences

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Philosophiæ Doctor (Ph. D.)  
en psychologie recherche et intervention  
option dynamique

mai 2006

© Fabienne Lagueux, 2006



BF

22

U54

2006

v.029

0000

0000

## AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

## NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

Évaluation des effets d'un programme de traitement de groupe  
pour adolescents agresseurs sexuels

présentée par :

Fabienne Lagueux

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Mme. Huguette Bégin, président-rapporteur

M. John Wright, directeur de recherche

M. Marc Tourigny, co-directeur

M. Jean Proulx, membre du jury

M. Jacques Joly, examinateur externe

Mme. Colette Gervais, représentant du Doyen de la FES



## Résumé

Bien que les agressions sexuelles commises par des adolescents constituent un problème social des plus préoccupants, peu d'études ont porté sur l'évaluation des effets des traitements offerts à cette clientèle. L'objectif principal de cette thèse de doctorat est d'évaluer l'efficacité à court terme d'un programme de traitement de groupe offert dans deux centres jeunesse du Québec. Une intervention de groupe spécialisée à cibles multiples est-elle plus efficace que les services dits « traditionnels » ? L'étude poursuit aussi deux objectifs secondaires, soit offrir un aperçu de l'implantation du traitement de groupe et établir un portrait des principales caractéristiques des adolescents retenus.

Un devis de recherche quasi expérimental comportant un groupe expérimental ainsi qu'un groupe de comparaison, avec mesures pré-post traitement, a été utilisé. Le groupe expérimental était constitué de 54 adolescents, en provenance des Centres jeunesse de Lanaudière et de la Mauricie Centre-du-Québec, ayant participé au traitement de groupe spécialisé de 30 semaines (deux heures par semaine) et ayant aussi reçu au besoin d'autres types de services « traditionnels ». Les 19 adolescents du groupe de comparaison provenaient des Centres jeunesse de la Montérégie et n'ont reçu cette fois que les services dits « traditionnels » offerts dans ces établissements (rencontres individuelles ou familiales). Les indicateurs de changement ont été tirés d'une entrevue semi-structurée et de questionnaires de type auto-rapporté.

Les résultats ont permis de confirmer une première hypothèse voulant que, globalement, les deux groupes d'adolescents (ayant participé ou non au traitement de groupe) s'améliorent de manière significative entre les deux moments de mesure quant à bon nombre des indicateurs cliniques choisis (p. ex. : état psychologique, compréhension du cycle de l'agression sexuelle, etc.). Par ailleurs, ces résultats ne nous permettent pas de confirmer une seconde hypothèse. En effet, nous ne pouvons conclure que le groupe expérimental (avec traitement de groupe) s'améliore statistiquement plus que le groupe de

comparaison. À la lumière des mesures choisies, nous ne pouvons donc conclure que l'intervention de groupe telle qu'appliquée est plus efficace que les services dits « traditionnels ». Trois hypothèses explicatives, liées au traitement ou à la méthode utilisée, ont été présentées pour interpréter ces résultats.

**Mots-clés** : adolescents agresseurs sexuels, traitement, thérapie de groupe, abus sexuel, efficacité des traitements, recherche évaluative.

## Abstract

Even though sexual aggressions committed by adolescents constitute a preoccupying social problem, a limited number of studies have been done on the evaluation of the short term effects of treatments offered to this population. This doctoral dissertation main objective is to evaluate the effectiveness of a specialized group treatment program offered in two Quebec youth centers. Is a group intervention with multiple targets more effective than the “traditional services”? The study also includes as secondary objectives to provide an outline of the group treatment implementation and, to establish a profile of the main characteristics of the adolescents selected.

A quasi experimental pre-test/post-test research design including an experimental group and a comparison group was used. The experimental group consisted of 54 teenagers, coming from the Youth Centers of Lanaudière and of Mauricie Centre-of-Quebec, having taken part in the 30 weeks group specialized treatment (two hours per week) and having also received, as needed, other types of “traditional services”. The 19 teenagers of the comparison group came from the Youth Centers of Montérégie and only received the services known as “traditional” offered in these establishments (individual or family sessions). The change indicators were drawn from a semi-structured interview and from questionnaires of the self-assessment type.

The results obtained make it possible to confirm a first hypothesis to the effect that, in a general way, the two groups of teenagers (having taken part or not in the treatment of group) improve significantly between the two moments of measurement on a good number of the chosen clinical indicators (ex: psychological symptoms, comprehension of the sexual abuse cycle, etc.). However, these results do not enable us to confirm a second hypothesis. Indeed, we cannot conclude that the experimental group (with group treatment) improves statistically more than the comparison group. In light of the measurements chosen, we cannot thus conclude that the group intervention as applied is more effective than the

services known as traditional. Three explanatory hypotheses, related to the treatment or the method used, were presented in order to interpret these results.

**Keywords:** adolescent sexual offenders, treatment, group therapy, sexual abuse, treatment effectiveness, evaluative research.

## Table des matières

Introduction .....	1
Chapitre 1 – Contexte théorique .....	6
Aperçu des traitements offerts .....	6
Les modèles théoriques guidant les traitements proposés.....	6
Les modalités d'intervention .....	8
Le traitement de groupe spécialisé.....	10
Les techniques utilisées.....	11
Résultats des recensions antérieures entourant l'efficacité des interventions .....	12
L'insensibilité de l'indice de récurrence .....	14
Limites des études rapportées et des recensions s'y rapportant .....	16
Recension des études mesurant les effets des traitements au moyen d'indicateurs cliniques .....	17
Les procédures .....	17
Les caractéristiques méthodologiques des 16 études évaluatives recensées.....	25
Les principales limites des études recensées.....	33
L'analyse des effets des traitements des seize études recensées selon leur spécificité .....	36
En résumé.....	48
Objectifs et hypothèses de la thèse.....	50
Chapitre 2 – Méthodologie.....	53
Devis de recherche .....	53
Participants.....	53
Recrutement .....	53
Échantillon retenu .....	55
Programme de traitement de groupe évalué (groupe expérimental) .....	57
Bref historique.....	57
Opérationnalisation du traitement de groupe .....	58

Modèles théoriques sous-jacents.....	59
Objectifs du traitement de groupe .....	60
Durée et modalités du traitement de groupe .....	61
Encadrement du traitement de groupe.....	61
Instruments de mesures utilisés.....	62
Mesures d'implantation du traitement .....	62
Présentation des mesures descriptives et évaluatives.....	63
Mesure descriptive : l'entrevue semi-structurée.....	64
Mesures évaluatives (pré-post traitement) : les 13 instruments auto-rapportés – par ordre alphabétique.....	65
Autres mesures évaluatives (pré-post traitement) : le Système de dépistage des intérêts sexuels et les 3 sous-échelles retenues .....	76
Autres mesures évaluatives : évaluation trimestrielle de l'atteinte des objectifs et mesure de satisfaction .....	78
Procédures .....	78
Procédures entourant les mesures pré-traitement.....	80
Procédures entourant les mesures post-traitement .....	82
Procédures entourant les mesures d'implantation .....	82
Procédures entourant les mesures trimestrielles .....	83
Procédures entourant la saisie de données .....	83
Rédaction du rapport clinique .....	84
Analyses statistiques .....	84
Chapitre 3 – Résultats .....	87
Objectif 1 – Présentation de quelques données d'implantation.....	87
Objectif 1.1 – Description des services reçus (groupe expérimental).....	87
Objectif 1.2 – Description des services reçus (groupe de comparaison) .....	91
Objectif 2 – Description de la clientèle des services offerts .....	92

Objectif 2.1 – Description des principales caractéristiques sociodémographiques et familiales, de l’histoire personnelle et des gestes posés .....	93
Objectif 3 – Résultats des effets de traitement.....	97
Objectif 3.1 – Changements statistiques entre le pré- et le post- test .....	97
Objectif 3.2 – Comparaison des deux groupes (expérimental et de comparaison) quant aux changements statistiques entre le pré- et le post- test.....	111
Objectif 3.3 – Changements cliniques entre le pré- et le post- test.....	113
Objectif 3.4 – Atteinte des objectifs évaluée par les intervenants de groupe .....	115
Objectif 3.5 – Niveau de satisfaction rapportée par les participants.....	117
Chapitre 4 – Discussion .....	119
1. Est-ce que le programme de traitement de groupe est implanté comme prévu?.....	119
2. Que dire de la clientèle desservie? .....	122
3. Que dire de l’efficacité du traitement de groupe structuré? .....	130
4. Quelles hypothèses explicatives pourraient justifier le constat que les deux groupes (expérimental et de comparaison) sont aussi efficaces l’un que l’autre?.....	140
5. Quelles sont les forces et les limites de l’étude? .....	152
6. Que recommander pour les recherches futures? .....	154
7. Quelles ont été les retombées de l’étude au niveau des pratiques cliniques?.....	155
Conclusion .....	158
Bibliographie.....	161
Annexe 1 – Formulaire de consentement.....	i
Annexe 2 – Chapitres du manuel de traitement de groupe TIAAS.....	vi
Annexe 3 – Fiche de suivi (groupe expérimental) .....	viii
Annexe 4 – Fiche-synthèse (groupe expérimental et de comparaison).....	xi
Annexe 5 – Entrevue semi-structurée et Questionnaire de compréhension des gestes.....	xv
Annexe 6 – Fiche trimestrielle d’atteinte des objectifs.....	xxxiv
Annexe 7 – Rapports-synthèse cliniques (pré- et post-traitement) .....	xxxvii

## Liste des tableaux

Tableau 1 – Présentation générale des 16 études évaluatives recensées et de leurs effets, selon le type de traitement.....	19
Tableau 2 – Caractéristiques méthodologiques spécifiques des 16 études évaluatives recensées .....	23
Tableau 3 – Instruments utilisés pour la mesure des effets des traitements classés selon les cibles visées.....	30
Tableau 4 – Évaluation de la qualité méthodologique des 16 études recensées à la lumière de 8 critères choisis .....	35
Tableau 5 – Trajectoire des AAS : de l'identification à l'échantillon final retenu .....	56
Tableau 6 – Cadre de la collecte de données lié aux objectifs de la recherche.....	79
Tableau 7 – Informations quant au traitement de groupe dispensé par cohorte sur les territoires expérimentaux .....	88
Tableau 8 – Groupe de comparaison : caractéristiques des services reçus entre le moment de la <i>mesure pré-</i> et la <i>mesure post-</i> traitement. ....	92
Tableau 9 – Caractéristiques sociodémographiques des AAS.....	93
Tableau 10 – Caractéristiques sociodémographiques entourant les éléments familiaux des AAS.....	94
Tableau 11 – Histoire sexuelle des AAS et histoire d'abus qu'ils ont subis.....	95
Tableau 12 – Caractéristiques des agressions sexuelles commises par les AAS.....	96
Tableau 13 – Caractéristiques des victimes d'agressions sexuelles commises par les AAS.....	97
Tableau 14 – Différences des moyennes et analyses de variances entre le pré- et le post-test sur les échelles d'états psychologiques et de personnalité .....	99
Tableau 15 – Différences des moyennes et analyses de variance entre le pré et le post-test quant aux attitudes et à l'attachement à l'endroit des figures parentales .....	101



Tableau 16 – Différences des moyennes et analyses de variances entre le pré- et le post-test quant aux dimensions liées à la compréhension du processus de l'agression sexuelle : gestes posés, distorsions cognitives et intérêts sexuels.....	103
Tableau 17 – Différences des moyennes et analyses de variances entre le pré- et le post-test sur les échelles mesurant diverses habiletés personnelles et sociales .....	106
Tableau 18 – Différences des moyennes et analyses de variances entre le pré- et le post-test sur les échelles liées aux attitudes face à la sexualité .....	108
Tableau 19 – Résultats au Questionnaire de compréhension des gestes d'agression sexuelle selon le taux de participation aux rencontres .....	110
Tableau 20 – Résultats au SPPA selon le taux de participation aux rencontres .....	111
Tableau 21 – Changements cliniques entre le pré- et le post-test sur les dimensions psychologiques et la qualité des relations avec les figures parentales .....	114
Tableau 22 – Pourcentage d'adolescents ayant obtenu un niveau d'atteinte de l'objectif mesuré de 8 et plus.....	116
Tableau 23 – Satisfaction rapportée par l'ensemble des jeunes des deux groupes expérimental et de comparaison à la suite des services reçus.....	117

## Liste des abréviations

AAS	Adolescents agresseurs sexuels
AASI	Abel Assessment for Sexual Interest
ACJQ	Association des Centres jeunesse du Québec
AS	Agression sexuelle
ATSA	Association for the Treatment of Sexual Abusers
BDI	Beck Depression Inventory
CAC	Attitudes à l'égard du conjoint
CAF	Child's attitude toward the father
CAM	Child's attitude toward the mother
CISS	Coping Inventory for Stressful Situations
CJ	Centre jeunesse
CJ L	Centres jeunesse de Lanaudière
CJ MCQ	Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CPLM	Clinique de psychiatrie légale de Montréal
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
FBI	Federal Bureau of Investigation
IPPA	Inventory of Parent and Peer Attachment
JI	Jesness Inventory
LJC	Loi des jeunes contrevenants
LPJ	Loi de protection de la jeunesse
MESSY	Matson's Evaluation of Social Skills in Youngsters
NAPN	National Adolescent Perpetrator Network
PETAS	Programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels
PURL	Parents-Unis Repentigny-Lanaudière
QCG	Questionnaire de compréhension des gestes
RC	Restructuration cognitive
SaL	Satiété en laboratoire

SaM	Satiété masturbatoire
SaV	Satiété verbale
SHI	Survey of Heterosexual Interaction
SKAT-A	Sex Knowledge and Attitude Test for Adolescent
SPPA	Self-Perception Profile for adolescents
SVi	Sensibilisation vicariée
SVo	Sensibilisation voilée
TIAAS	Traitement intégré pour adolescents agresseurs sexuels
TSC-C	Trauma Symptom Checklist for Children
UCLA-3	UCLA Loneliness Scale III

## Remerciements

En premier lieu, je souhaite remercier vivement mes directeurs de thèse, John Wright et Marc Tourigny, qui m'ont tous deux soutenue depuis le début de mon parcours doctoral et sans qui ce projet n'aurait jamais vu le jour. Je tiens aussi à souligner l'appui que m'a offert Pierre McDuff au cours de ces années. Je le remercie pour sa patience, son écoute et ses précieux conseils, notamment face à la gestion des banques de données et ce, jusqu'aux tous derniers moments du dépôt de cette thèse.

J'exprime également ma gratitude envers tous les intervenants des centres jeunesse impliqués dans ce projet. Il importe de souligner tout particulièrement la contribution de Jean-Pierre Paradis et d'Alain Perron (des Centres jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec), de même que celle de Thomas Lebeau et de Jacques Lemay (des Centres jeunesse de Lanaudière). Merci également à tous les intervenants des Centres jeunesse de la Montérégie d'avoir accepté de se joindre à cette étude. Je suis également reconnaissante envers tous les adolescents qui ont accepté de participer à cette recherche.

Cette étude a été grandement facilitée par la contribution d'une équipe importante d'assistants de recherche de l'Université de Montréal et de l'Université du Québec à Trois-Rivières. À vous tous je vous dis un grand merci. Je suis particulièrement redevable du soutien particulier de deux membres de cette équipe, soit Julie Lapierre et Ariane Hébert. Je vous remercie chaleureusement pour vos idées et votre rigueur. Merci également d'avoir été toutes deux fort présentes dans mes moments de découragements.

Je tiens de plus à remercier Céline Millette pour son appui entourant les nombreuses questions administratives liées à l'orchestration de cette équipe et de ce projet, mais également pour son amitié.

Plusieurs collègues et amis m'ont offert un soutien précieux tout au long de ces années. Je pense d'abord aux membres du « G5 »: Sophie Boucher, Delphine Collin-

Vézina, Isabelle Daigneault et Chantal Thériault. Nos séminaires et nos soupers m'auront toujours grandement motivée. Des amis proches ont été pour moi immensément présents. Je suis particulièrement reconnaissante envers Sophie Lecours et son conjoint Philippe, qui n'ont jamais cessé d'être là pour moi, même dans les pires moments. Merci également à Caroline Séguin, Julie Achim et Loméga Étienne. Vos encouragements m'ont toujours fait énormément de bien. Je tiens aussi à remercier tous ceux qui m'ont généreusement prêté leurs « havres de paix » afin de me permettre d'aller rédiger. Je pense notamment à Madeleine Houle et Bernard Dion. Je souligne aussi le soutien que m'ont apporté également mes collègues de travail du pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-cœur de Montréal. Enfin, je m'en voudrais d'oublier tous les autres qui se sont intéressés à l'avancement de mes travaux et qui m'ont, religieusement, demandé : « Puis, est-ce que c'est fini ? ». Vous vous reconnaîtrez...

Par-dessus tout, je dois infiniment à mes parents. Merci de votre grande écoute et de votre compréhension. Je vous remercie de m'avoir transmis le plaisir d'étudier et de m'avoir si bien accompagnée tout au long de mon parcours académique. Votre confiance en mes capacités est particulièrement précieuse à mes yeux. Merci également à mon grand frère, Olivier, de m'avoir inspirée et ouvert les portes aux études doctorales.

À toi Jean-Marc, je te dis un grand merci. Non seulement pour avoir partagé avec moi tes grandes qualités de « gestionnaire de projet », pour ton soutien technique, mais surtout pour ton amour si grand. Merci d'avoir su m'apaiser dans mes moments d'inquiétude. Tu auras été un des rares à n'avoir jamais cessé de croire que j'y arriverais. Et à me permettre ainsi de croire, qu'effectivement, j'en verrais un jour la fin. Finalement, je remercie aussi tes quatre garçons, Christophe, Frédéric, Antoine et Olivier, pour avoir accepté si souvent de me voir partir travailler à l'extérieur, mais surtout, pour avoir contribué à rendre plus « vivantes » les dernières années de ce parcours.

Je me dois de souligner l'appui financier de plusieurs organismes : le Conseil québécois de recherche sociale (CQRS), le Partenariat de recherche et d'intervention en

matière d'agression sexuelle à l'endroit des enfants (PRIMASE), le Centre de recherche interdisciplinaire sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS), la Fondation J-A de Sève de l'Université de Montréal, la Fondation Bruno Cormier pour les jeunes contrevenants et, finalement, les Centres jeunesse de Lanaudière.

## Introduction

Les agressions sexuelles commises par des adolescents constituent un problème social des plus préoccupants. Aux États-Unis, les sources officielles rapportent qu'environ 20 % de l'ensemble des personnes accusées d'agressions sexuelles sont des adolescents (Federal Bureau of Investigation – FBI, 2002; FBI, 2003; Snyder, 2000). Considérant le fait que la plupart des pourcentages obtenus sont issus des situations *rapportées* aux autorités, le phénomène est d'autant plus alarmant qu'on estime que près de trois agressions sexuelles d'enfants sur quatre ne sont jamais rapportées aux autorités (Moore, Franey et Geffner, 2004; Tourigny et Dufour, 2000). C'est pourquoi les chercheurs américains, de manière moins conservatrice, estiment plutôt qu'environ 20 % des agressions commises envers les adolescents ou les adultes et qu'entre 30 % et 50 % des agressions commises envers les enfants sont le fait d'adolescents (Ryan et Lane, 1997). Au Canada, la situation semble également inquiétante car les études rapportent que de 15 % à 33 % des agressions sexuelles sont commises par des personnes de moins de 21 ans (Centre national d'information sur la violence dans les familles – CNIVF, 1997). Dans leur recension d'études menées au Québec, Lafortune, Proulx, Tourigny et Metz (2004) rapportent des pourcentages semblables, allant de 17 à 30 %.

De plus, il est démontré que les gestes posés par les adolescents agresseurs sexuels sont graves, impliquant dans plus de la moitié des cas, une forme de pénétration (Lagueux et Tourigny, 1999; Righthand et Welsch, 2001; Ryan et Lane, 1997). Il importe de souligner que 50 % à 80 % des agresseurs sexuels adultes auraient commencé leurs comportements sexuels déviants à l'adolescence (Becker, 1994; Bourke et Donohue, 1996; Vizard, Monk et Misch, 1995; Weinrott, 1996).

L'étendue de la problématique et la gravité des gestes posés par les adolescents agresseurs sexuels requièrent une intervention rapide et efficace auprès de ces jeunes. Ainsi, un bref survol historique des différents types d'études menées et un aperçu de leurs principaux constats permettront au lecteur de mieux comprendre dans quel courant s'inscrit

le présent travail de recherche, lequel vise à mesurer les effets d'une intervention de groupe auprès de cette clientèle.<sup>1</sup>

L'étude des adolescents agresseurs sexuels est un domaine d'intérêt scientifique encore récent, ayant connu son plein envol au début des années quatre-vingt. Les travaux des années 80' et 90' menés auprès des adolescents agresseurs sexuels ont été principalement des études empiriques cherchant à *décrire leurs caractéristiques*. Cliniciens et chercheurs s'entendent aujourd'hui pour affirmer qu'il s'agit d'un groupe plutôt hétérogène, en ce qui concerne les caractéristiques des gestes sexuels posés, des caractéristiques des victimes choisies et des caractéristiques individuelles et familiales des agresseurs eux-mêmes (Veneziano et Veneziano, 2002; Vizard et al., 1995). Malgré cette hétérogénéité, certains constats généraux sont fréquemment rapportés. Parmi ces constats, notons la présence : d'une histoire familiale problématique; de ruptures avec les parents et d'histoires de placement; d'expériences de négligence et d'abus entraînant différents symptômes; d'un isolement social et d'habiletés sociales déficitaires et finalement, de problèmes scolaires importants (Lagueux et Tourigny, 1999; Righthand et Welch, 2004; Veneziano et Veneziano, 2002).

Face à cette hétérogénéité, la fin des années 80' de même que les années 90' ont été marquées par des efforts visant à développer et valider des *systèmes de classification* entourant les différents profils des adolescents agresseurs (Rasmussen, 2004; Righthand et

---

<sup>1</sup> Dans le cadre de cette thèse, la définition clinique suivante de l'adolescent agresseur sexuel sera utilisée : Garçon mineur (généralement entre 13 et 17 ans) qui commet une agression sexuelle contre une personne de tout âge : 1) contre la volonté de la victime; 2) sans son consentement; et/ou 3) de manière agressive ou menaçante (avec coercition), ou encore abusive ou exploitante (avec corruption). Cela inclut tant des gestes apparemment consentis qu'imposés et ce, tant dans un cadre intrafamilial qu'extrafamilial (définition adaptée des travaux de Ryan et Lane (1997), du National Adolescent Perpetrator Network (NAPN-1993) et conforme à celle proposée dans le guide d'intervention de l'Association des centres jeunesse du Québec (ACJQ- 2000).

À noter également que tout au long de cet ouvrage le terme agresseur sexuel est préféré à celui d'abuseur sexuel, et ce en conformité avec les recommandations de l'Office de la langue française. Le terme agresseur est ici le terme choisi pour traduire à la fois les termes anglais suivants : *aggressor*, *perpetrator*, *offender*, *molester* et *abuser*.



Welsh, 2001; Veneziano et Veneziano, 2002). Alors que les premières typologies étaient davantage construites à partir d'observations cliniques, les plus récentes sont marquées par le développement de typologies issues d'études empiriques. En premier lieu, O'Brien et Bera (1986) ont ainsi développé une première typologie « clinique » basée sur les *traits de personnalité* des adolescents agresseurs (p. ex. : naïfs, pseudosocialisés, compulsifs, etc.). Par la suite, O'Brien (1991) a développé une seconde typologie issue de travaux empiriques basée cette fois sur le *lien entre la victime et l'agresseur*, en distinguant les adolescents incestueux de ceux commettant des gestes à l'extérieur de la fratrie. En second lieu, d'autres typologies « empiriques » issues d'études ayant recours à de plus vastes échantillons ont été proposées. Ces typologies se basent tantôt sur les *types d'agression et les liens avec l'âge de la victime* (Graves, Openshaw, Ascione et Erickson, 1996; Hunter, Figueredo, Malamuth et Becker, 2003; Prentky, Harris, Frizzel et Righthand, 2000), tantôt sur *l'histoire criminelle* (Butler et Seto, 2002) ou encore, sur les *traits de personnalité* (Worling, 2001). À ce jour, il appert qu'une typologie qui s'appuierait à la fois sur les caractéristiques de l'agression et celles de la personnalité pourrait être prometteuse (Veneziano et Veneziano, 2002).

Les typologies s'avèrent importantes non seulement comme outils de compréhension, d'évaluation et comme guide de cibles pour le traitement, mais elles contribuent aussi au développement d'outils d'évaluation du risque de récidive (Caldwell, 2002; Prescott, 2004; Worling et Langstrom, 2003). En ce qui a trait à l'étude des adultes agresseurs, les années 90' ont connu un essor en matière d'outils d'évaluation du risque (Miner et Coleman, 2001); il en a été de même pour ce qui est des adolescents au cours des cinq dernières années. L'évaluation du risque de récidive, basée jusqu'alors sur des observations et intuitions cliniques, bénéficierait maintenant de systèmes actuariels qui guideraient la prise de décision.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Ainsi, à partir de sa typologie, l'équipe de Prentky et al. (2000) a développé un mode d'évaluation actuarielle du risque (Juvenile Sex Offender Assessment Protocol – JSOAP). Un second système empirique d'évaluation du risque a été développé par les auteurs Worling et Curwen (ERASOR). Ces deux protocoles d'évaluation, utilisés en Amérique du Nord, combinent des facteurs qualifiés respectivement de statiques et de

Bien que l'ampleur du phénomène de l'agression sexuelle commise par les adolescents soit maintenant reconnue et qu'une meilleure connaissance des caractéristiques de cette population soit établie, aucun *modèle étiologique théorique* n'est à ce jour validé empiriquement (Brown et Kolko, 1998; Epps, 1999). Les modèles explicatifs proposés, encore issus des travaux auprès des adultes agresseurs sexuels, visent à comprendre l'*étiologie* de l'agression sexuelle ou encore, la *perpétuation* de l'agression. Bien que certains proposent des modèles de compréhension davantage « intégratifs », la plupart sont qualifiés de « fragmentaires » car selon l'approche théorique dont ils sont issus, ils mettent l'accent sur une dimension particulière de la problématique (Weinrott, 1996).

À titre d'exemples, mentionnons les approches *psychodynamiques* qui proposent des modèles selon lesquels les comportements actuels sont les symptômes d'un conflit intrapsychique et qui mettent l'emphase sur la dynamique de la personnalité de l'individu construite à partir d'expériences passées. Les approches *systémiques* mettent pour leur part l'accent sur le rôle de l'environnement dans le développement des comportements sexuels, où le jeune pourrait notamment mettre en scène une dynamique familiale dysfonctionnelle. Finalement, les approches « comportementales » liées aux théories de *l'apprentissage social* présentent cette fois l'agression sexuelle comme un comportement appris. De plus, ces dernières approches mettent l'emphase sur le rôle de l'excitation physiologique dans le renforcement du comportement sexuel déviant et sur les erreurs de pensée dans le maintien de celui-ci.

L'ampleur de la problématique, la diversité des adolescents agresseurs sexuels, l'éventail de modèles explicatifs et l'urgence d'intervenir ont suscité un véritable *déploiement de programmes d'intervention* au cours des deux dernières décennies. Puisqu'aucun modèle théorique unique ne permet d'expliquer de façon satisfaisante l'agression sexuelle commise par des adolescents, les interventions proposées s'appuient sur

---

dynamiques. Des résultats aux premières études psychométriques semblent assez prometteurs (Righthand,

une vision « intégrative » de différents modèles explicatifs. Par ailleurs, les écrits dans le domaine de l'intervention sont eux aussi demeurés davantage cliniques et descriptifs; il faut reconnaître en effet que rares sont ceux qui sont documentés empiriquement et évalués de façon systématique (Becker, 1994; Bourke et Donohue, 1996; Earlt et McNamara, 1997; Vizard et al., 1995).

Ainsi, la présente thèse s'inscrit dans ce dernier courant trop peu exploré de travaux empiriques et vise à évaluer un programme de traitement de groupe spécialisé mais holistique offert aux adolescents agresseurs sexuels. Il s'agit d'une première étude québécoise de ce type, novatrice tant par sa nature même que par la méthode utilisée. À cette fin, il s'agira de rendre compte d'une vaste démarche ayant débuté en 1998 et dont la collecte de données s'est échelonnée de 1999 à 2003.

Pour réaliser ce projet, il a paru préférable d'opter pour le format de thèse classique plutôt que celui par articles. Comme il est d'usage dans ce type de thèse, il conviendra d'abord de présenter le *contexte théorique* où sont recensés des écrits sur l'efficacité des interventions auprès de cette clientèle. Après quoi se succéderont la *méthodologie*, les *résultats*, la *discussion* et la *conclusion* de la recherche. En *annexes* enfin, s'ajouteront, entre autres choses, certains des instruments de mesure utilisés.

# Chapitre 1 – Contexte théorique

Tel que souligné en introduction, nous avons assisté en Amérique du Nord à une prolifération de traitements offerts aux adolescents agresseurs sexuels au cours des vingt dernières années. Alors qu'au début des années 80' de tels services étaient plutôt rares, on en dénombrait plus de 1000 en 1995 à travers les États-Unis (Freeman-Longo et al., 1995 et 1997 – cités dans Weinrott, 1996) et près de 60 au Canada, répartis principalement en Ontario, puis au Québec et en Colombie-Britannique (Lagueux et Tourigny, 1999). Comme très peu de travaux empiriques sur l'évaluation de tels traitements ont été menés à terme (Lafortune et al., 2004; Walker, McGovern, Poey et Otis, 2004), les programmes d'intervention qui s'adressent à la clientèle des jeunes se développent sur la base de peu de connaissances validées. Ainsi, selon Longo (2004), les cliniciens s'appuieraient encore à ce jour sur les recommandations cliniques d'un comité d'experts (*National Task Force on Juvenile Sexual Offending*) publiées dans un rapport révisé en 1993, recommandations fortement influencées par des travaux faisant état de traitements offerts aux adultes agresseurs (Chaffin, Letourneau et Silovsky, 2002).

Ce chapitre vise à faire le point sur les connaissances actuelles portant sur l'efficacité des interventions offertes aux adolescents agresseurs sexuels. Avant de présenter les résultats des études recensées en ce qui a trait à l'évaluation de ces programmes d'intervention, il importe de présenter brièvement les principaux traitements offerts et les résultats de quelques recensions antérieures. Nous terminerons par une présentation des objectifs et des hypothèses de la thèse.

## Aperçu des traitements offerts

### Les modèles théoriques guidant les traitements proposés

Même si les modèles théoriques n'ont reçu à ce jour que peu de soutien empirique, ce sont principalement les modèles théoriques cognitifs/comportementaux, fortement basés sur les théories de l'apprentissage, qui ont inspiré bon nombre des modèles d'intervention en

Amérique du Nord. Trois sont fréquemment cités et servent notamment d'appui aux interventions de groupe de type cognitivo-comportementales. Chacun de ces modèles met l'accent tantôt sur le développement des gestes abusifs, tantôt sur leur maintien ou alors, sur l'interruption de ceux-ci.

Mentionnons d'abord le modèle des **Quatre préconditions de Finkelhor** (1984) qui tente d'expliquer le *développement* des comportements sexuels abusifs posant comme hypothèse que pour qu'une agression sexuelle ait lieu, l'agresseur doit : 1. avoir développé une motivation (affective et sexuelle) à agresser sexuellement; 2. franchir ses barrières internes (affronter sa conscience); 3. franchir des barrières externes (créer des occasions de rapprochements avec une victime potentielle); et finalement, 4. franchir les résistances de la victime. Les distorsions cognitives permettent entre autre au jeune de franchir ces quatre conditions qui le mèneront à l'agression.

Un second modèle, celui du **Cycle de l'agression sexuelle** (Lane, 1997; Ryan, Lane, Davis et Isaac, 1987), introduit l'idée du *maintien*, du caractère *répétitif* et *cyclique* des gestes posés. Ainsi, l'agression sexuelle est conçue comme le résultat d'une trajectoire prévisible qui se développe en trois phases. Lors d'une première phase dite « précipitante », le processus est déclenché par un événement qui laisse le jeune habité par des sentiments d'impuissance et de faible estime de soi. Lors de la seconde phase, dite « compensatoire », il sera porté à blâmer les autres et à nourrir des fantasmes de vengeance, puis recherchera puissance et contrôle afin de dépasser de tels sentiments ressentis. La présence de fantasmes sexuelles le mènera à la planification de l'agression puis au passage à l'acte. Finalement, c'est au moment de la phase dite « intégrative » que le jeune recherchera, au moyen notamment de rationalisations, à éviter les sentiments de culpabilité et d'auto-dépréciation qui reviennent le hanter à nouveau, d'où le risque qu'il pose une seconde fois des gestes d'agression. Différentes versions du modèle du cycle ont été adaptées pour les adolescents (p. ex. : modèle de Kahn, 1990).

Le troisième modèle, celui de la **Prévention de la récidive** (Gray et Pithers, 1993; Pithers, 1990; Pithers, Kashima, Cumming, Beal et Buell, 1988) introduit cette fois l'idée qu'un *frein* peut être posé au processus menant à l'agression par l'identification de situations à risque. En effet, ce modèle postule que les comportements sexuels déviants sont à la fois : 1. causés par une série de facteurs cognitifs, affectifs, biologiques et sociaux; 2. une réponse inappropriée à des éléments anxiogènes et 3. précédés d'une série d'événements et de signes précurseurs identifiables. Gray et Pithers (1993) ciblent alors trois types de facteurs de risque, dits « prédisposants » (p. ex. : agressions antérieures, climat familial chaotique, faible estime de soi, etc.), « précipitants » (p. ex. : faible contrôle des impulsions, absence d'habiletés dans la résolutions de conflits, erreurs de pensée, fantaisies sexuelles, etc.) et, enfin « perpétuants » (p. ex. : manque de supervision, manque de connaissance par rapport à la sexualité, etc.).

Ces modèles théoriques permettent de concevoir l'agression sexuelle comme l'aboutissement d'étapes parcourues, étapes sur lesquelles l'agresseur peut *intervenir* en tout temps pour mettre un frein à cette trajectoire, d'où la portée clinique de ces modèles au niveau de l'intervention. L'agresseur doit ainsi identifier les éléments de *son processus* de l'agression sexuelle et les situations à risque dans le but d'interrompre ce parcours.

## **Les modalités d'intervention**

L'approche de groupe demeure la modalité de traitement la plus répandue (Efta-Breitbach et Freeman, 2004; National Adolescent Perpetrator Network – NAPN, 1993). Le groupe permet notamment de travailler certaines défenses (dénier et minimisation) et favorise l'apprentissage par *modeling* des habiletés sociales et de communication. Les activités proposées au groupe en milieu interne sont généralement plus intensives que celles proposées en milieu externe (en terme de nombre de sessions par semaine, de durées des sessions, etc.) (Walker et McCormick, 2004). À cette modalité peuvent s'ajouter en

parallèle les interventions familiales et individuelles, tant pour les groupes prenant place en milieu externe ou interne (Walker et McCormick, 2004).

La thérapie individuelle seule ne serait que rarement appliquée. L'approche individuelle met notamment l'accent sur l'identification et la résolution de conflits et de traumatismes antérieurs, sur l'histoire de victimisation personnelle et sur les confrontations à l'égard de la responsabilité des gestes et des erreurs de pensée.

Certains soutiennent que l'approche familiale constituerait un élément clé au niveau de la prévention de la récidive post-traitement (Zankman et Bonomo, 2004). L'accent est mis cette fois sur la nécessité pour les parents de soutenir l'adolescent dans la poursuite de son traitement, d'identifier et d'interrompre les « patterns » qui maintiennent les comportements déviants, d'améliorer les modes de communication et les relations, de maximiser les forces et, finalement, de transmettre de l'information aux membres de la famille sur le plan de prévention à mettre en place pour prévenir la récidive (Thomas, 1997). Cette approche peut prendre la forme de rencontres en famille, de rencontres en dyades ou encore, de rencontres de groupe (offertes aux parents ou à la fratrie). L'approche plus novatrice de groupes multi-familiaux (groupes rassemblant plusieurs familles), populaire depuis les années 60' dans le traitement de diverses problématiques, permettrait un transfert de connaissances de famille à famille et une forme de soutien intéressante (Nahum et Mandel Brewer, 2004).

Finalement, l'approche multisystémique serait des plus prometteuses auprès de diverses populations délinquantes (Borduin, 2004b; Borduin, Henggeler, Blaske et Stein, 1990). Selon Ryan (1999), le fait que le jeune soit étroitement associé à divers systèmes (famille, famille d'accueil, école, travail, pairs, voisinage) est ce qui le distingue de l'agresseur d'âge adulte. C'est pourquoi il importerait de ne pas négliger l'ensemble de ces systèmes dans le plan de traitement. Il s'agit d'une approche qui propose une intervention flexible et individualisée et que l'on dit « écologique », parce qu'elle implique l'environnement global du jeune.

## **Le traitement de groupe spécialisé**

Plusieurs traitements de groupe dits « spécialisés » (parce que centrés principalement sur les gestes sexuels posés) ont été influencés par l'un ou l'autre des trois modèles présentés précédemment. C'est pourquoi de tels traitements ont pour objectif principal d'amener le jeune à comprendre son processus de l'agression sexuelle pour ensuite l'outiller afin de l'aider à y mettre un frein.

Au cours des années 80', les premiers modèles d'intervention de groupe « spécialisés » avaient comme priorité la protection de la communauté, d'où leur localisation en milieu résidentiel et leur longue durée, soit de 12 à 24 mois (NAPN, 1993). Par la suite, des traitements de groupe à l'externe (dans la communauté) ont été popularisés. Toujours qualifiés de « spécialisés », mais fortement inspirés de l'avancement des connaissances dans le domaine de la délinquance générale et de la compréhension des facteurs de risque, ils étaient davantage « intégratifs » et visaient des cibles plus larges que celles spécifiquement orientées vers les comportements déviants (Ryan, 1999). Au milieu des années 90', le NAPN (1993) et l'Association for the Treatment of Sexual Abusers (ATSA, 1997) ont souligné l'importance de considérer les gestes abusifs des adolescents de manière plus « holistique » que ceux des adultes (ATSA, 1997 – cité dans Chaffin et Bonner, 1998; Ryan, 1999). Dans la foulée de cette dernière position, les programmes développés ont davantage tenu compte des enjeux développementaux propres aux jeunes (développement des habiletés sociales, de l'estime de soi, etc.), en plus de ceux liés directement aux intérêts sexuels déviants ou aux traits de psychopathie.

Les cibles visées par ce type de traitement de groupe spécialisé mais holistique se regroupent généralement sous deux grands objectifs : 1 – amener le jeune à comprendre pourquoi il a posé ce geste; 2 – amener le jeune à modifier certains comportements et à développer certaines aptitudes. À titre d'exemple, décrire les gestes posés, confronter le déni, amener le jeune à accepter la responsabilité du délit, comprendre le cycle de



l'agression et développer un plan de prévention de la récurrence se rapportent au premier objectif. En lien avec le second objectif, on retrouve la réduction de l'excitation déviante, la modification des croyances et des pensées erronées, la gestion de l'anxiété, le développement de l'empathie à l'égard de la victime. À ce second objectif s'ajoute souvent un volet *psychoéducatif*, axé notamment sur le développement des connaissances en matière de sexualité et le développement d'habiletés sociales.

### **Les techniques utilisées**

Diverses techniques sont utilisées pour l'atteinte de ces cibles. Mentionnons les suivantes à titre d'exemples : le recours au jeu de rôle, aux exercices écrits, au dessin, au *modeling*, aux confrontations, aux témoignages, à des présentations de documents audiovisuels ou à divers modes de relaxation (Bourke et Donohue, 1996; Earlt et McNamara, 1997).

De plus, il semble que près de la moitié des traitements pour adolescents agresseurs sexuels ajoutent à leur panoplie des techniques spécifiques de réduction de l'excitation déviante (Freeman-Longo et al., 1995 : cité dans Weinrott, Riggan et Frothingham, 1997). Ces techniques sont de deux sortes : les techniques « aversives » et les techniques « non aversives » (p. ex. : techniques de satiété). Les mécanismes à la base des techniques aversives sont issus du conditionnement répondant (ou classique). Le fonctionnement est le suivant : un stimulus sexuel déviant (p. ex. : une excitation sexuelle suscitée) est couplé à un stimulus *inconditionnel* aversif (p. ex. : odeur d'ammoniac, dans le cas de l'aversion olfactive), ce qui entraîne une réponse *inconditionnelle* d'anxiété. Après avoir été pairé, le stimulus sexuel déviant (excitation sexuelle suscitée) devient alors un stimulus *conditionnel* qui déclenchera une réponse *conditionnelle* d'anxiété, plutôt qu'une érection (Proulx, 1993).

Les techniques *aversives* les plus utilisées auprès des jeunes sont celles de la sensibilisation voilée (SVo) ou vicariée (SVi). En réponse aux consignes précises d'un

intervenant, le jeune est invité à apparier des scénarios aversifs (stimuli imaginés – sensibilisation *voilée*; stimuli observés – sensibilisation *vicariée*) à un scénario déviant afin de conférer à ce dernier une connotation aversive et d'en réduire la teneur excitante.

Parmi les techniques non aversives, on retrouve cette fois la technique de la satiété verbale (SaV), une variante de la satiété masturbatoire (SaM – dont l'utilisation est cependant controversée auprès de cette clientèle). Lors de l'application de cette technique, le jeune doit répéter verbalement, sous la supervision d'un thérapeute, un scénario déviant jusqu'à ce qu'une non-excitation créée par l'ennui y soit associée. La satiété verbale peut aussi être appliquée en laboratoire (SaL) permettant d'une part, l'observation de stimuli visuels pour favoriser la concentration et, d'autre part, l'enregistrement physiologique des réponses du jeune. Finalement, à ces techniques de réduction de l'excitation déviante s'ajoutent bien souvent celles liées à la restructuration cognitive (RC) où le jeune est confronté à ses erreurs de pensée.

## Résultats des recensions antérieures entourant l'efficacité des interventions

Depuis le milieu des années 90', les premières recensions des écrits ont permis de faire le point sur l'efficacité des interventions auprès des adolescents agresseurs sexuels (Bourke et Donohue, 1996; Brown et Kolko, 1998; Earlt et McNamara, 1997; Efta-Breitbach et Freeman, 2004; Vizard et al, 1995; Weinrott, 1996). Selon les recensions, le nombre d'études considérées varie de 7 à 25<sup>3</sup>. Par ailleurs, chacune de ces recensions inclue les études qui, à titre de critère d'efficacité, ont utilisé soit l'indice de récidive (sexuelle

---

<sup>3</sup> Bourke et Donohue, 1996 : 7 études au total dont 4 à *indices cliniques*; Brown et Kolko, 1998 : 17 études au total dont 5 à *indices cliniques*; Earlt et McNamara, 1997 : 9 études au total dont 5 à *indices cliniques*; Efta-Breitbach et Freeman, 2004 : 9 études au total dont 4 à *indices cliniques*; Vizard, Monck et Misch, 1995 : 20 études au total dont 4 à *indices cliniques*; Weinrott, 1996 : 25 études au total dont 6 à *indices cliniques*.

et/ou non sexuelle), soit d'autres indicateurs de changements cliniques (p. ex. : réduction de l'excitation déviante, développement d'habiletés spécifiques, etc.).

De ces premières recensions, il ressort que les taux de récidive sexuelle sont généralement bas, c'est-à-dire généralement en deçà de 15 %, à la suite d'une période de suivi variable (de quelques mois à quelques années). Toutefois, les taux de récidive non sexuelle sont généralement près de deux fois plus élevés. Les quelques études recensées qui prêtent attention à d'autres indicateurs cliniques semblent montrer des améliorations à la suite du traitement quant à la sexualité déviante et au fonctionnement psychologique général. Toutefois, le fait qu'il existe peu d'études comparatives et peu d'études avec groupe contrôle permet difficilement d'attribuer ces gains à une forme particulière de traitement. Par ailleurs, la plupart des recensions soulignent l'efficacité apparente d'une approche systémique à la lumière de la seule étude « contrôlée » de l'équipe de Borduin (Borduin et al., 1990) ayant recours à l'indice de récidive auprès d'un petit échantillon.

Soulignons également un premier effort récent de l'équipe de Walker et al. (2004) visant à présenter dix études recensées sous la forme d'une méta-analyse. À noter que des travaux importants dans le domaine des méta-analyses portant sur l'efficacité des traitements auprès d'adultes agresseurs sexuels, mesurée par la récidive, avaient été faits antérieurement. Il importe de souligner ces travaux car quelques-uns avaient inclus certaines études menées auprès d'adolescents agresseurs<sup>4</sup> (Alexander, 1999; Craig, Browne et Stringer, 2003; Furby, Weinrott et Blackshaw, 1989; Hall, 1995; Hanson et al., 2002; Polizzi, MacKenzie et Hickmann, 1999). D'après les travaux de l'équipe de Walker et al. (2004), peu d'études répondant aux critères d'une présentation sous la forme d'une méta-analyse ont pu apparemment être recensées ( $n = 10$ )<sup>5</sup>, ce qui rend les conclusions de cette

---

<sup>4</sup> Alexander, 1999 – 12 auprès d'adolescents; Craig, Browne et Stringer, 2003 – 6 auprès d'adolescents; Furby, Weinrott et Blackshaw, 1989 – aucune auprès d'adolescents; Hall, 1995 – 3 auprès d'adolescents; Hanson, Gordon, Harris, Marques, Murphy, Quinsey et Seto 2002 – 4 auprès d'adolescents; Polizzi, MacKenzie et Hickmann, 1999 – aucune auprès d'adolescents.

<sup>5</sup> À noter que parmi ces 10 travaux recensés, les auteurs incluent 3 publications qui ne font pas l'objet de

méta-analyse quelque peu hasardeuses. Toutefois, malgré le peu d'études recensées, cette équipe souligne que les traitements semblent dans l'ensemble efficaces ( $r = .37$ ), notamment ceux d'approches cognitives-behaviorales. Ils ont de plus obtenu des tailles d'effets de 22 % plus élevées pour les études ayant recours à des indices cliniques ( $n = 4$  : mesures auto-rapportées) que pour celles ayant recours à l'indice de récidive ( $n = 3$ ), et de 6 % plus élevées que pour celles se penchant sur la mesure de l'excitation sexuelle ( $n = 3$  : pléthysmographie).

Ces résultats vont dans le sens de ceux tirés des méta-analyses auprès d'adultes mentionnées précédemment. De la même façon que ceux des recensions antérieures, les auteurs de ces méta-analyses soulignent les qualités méthodologiques de l'étude de Borduin et al. (1990) et l'intérêt que semble présenter l'approche multisystémique à la lumière de cette étude. De plus, les auteurs des méta-analyses concluent notamment, en se basant sur l'indice de récidive, que les traitements appliqués aux adolescents agresseurs semblent prometteurs, même si ce constat ne repose que sur peu d'études. En effet, il appert que, de manière générale, les taux de récidive sexuelle des adolescents seraient de 7 %, donc presque deux fois moindres que ceux des adultes agresseurs (13 %).

### **L'insensibilité de l'indice de récidive**

Bien que largement utilisée, la récidive sexuelle comme indicateur d'efficacité est qualifiée par plusieurs « d'insensible » surtout parce que bon nombre d'agressions sexuelles ne viendront jamais à l'attention des autorités officielles. De plus, la variabilité du degré d'insensibilité pourrait même être plus grande si l'on considère trois autres facteurs : 1. Les taux découlant de l'indice de récidive seront plus ou moins conservateurs selon la *nature du critère* de récidive choisi. À titre d'exemple, sachant que ce ne sont pas toutes les *arrestations* qui seront retenues comme *accusations*, on comprendra que les études proposant des chiffres qui découlent des accusations produisent des résultats plus

---

publications officielles (c.-à-d. 3 thèses de doctorat non publiées).

conservateurs que ceux obtenus au moyen du nombre d'arrestations; 2. Un second facteur à considérer dans l'évaluation du niveau de conservatisme du taux de récidive rapporté est la *source* d'où il en est tiré. Les taux varieront selon qu'ils proviennent des données officielles, des intervenants, de l'adolescent ou encore de ses parents; 3. La *période de suivi* varie grandement selon les échantillons et est souvent bien courte. De plus, la longueur de la « période à risque » (c.-à-d. période pendant laquelle le jeune peut « potentiellement » agresser) doit être considérée. Effectivement, le moment fixé comme début du calcul de la période de suivi (et qui déterminera la durée de la période « à risque ») est lui aussi très variable selon les études, et à l'intérieur même d'une seule étude (depuis le moment de la référence au traitement, de l'évaluation, du début du traitement, de la fin du traitement, de la sortie du traitement résidentiel ou correctionnel, etc.). Ce facteur est important, considérant que certaines études auprès d'agresseurs sexuels adultes semblent démontrer que la récidive varie en fonction de la durée du suivi (Furby et al., 1989).

Les trois facteurs précédemment rapportés s'appliquent aux études de récidive auprès d'agresseurs tant adultes qu'adolescents. À ces facteurs, qui illustrent l'insensibilité de l'indice de récidive, Weinrott (1996) ajoute des considérations propres aux études menées auprès d'*adolescents* agresseurs sexuels : a) Le *caractère « informel » des dossiers juvéniles* – plusieurs dossiers d'agresseurs sexuels sont en effet considérés de manière informelle. Des cas d'adolescents agresseurs sexuels peuvent ne jamais apparaître dans les études simplement parce qu'ils n'étaient pas « techniquement » identifiés comme tel. b) La *nécessité de consulter les banques de données adultes* – si un chercheur se limite à une collecte de données officielles par le biais de banques d'adolescents, les chiffres provenant des dossiers adultes pourraient être passés sous silence. Par exemple, un jeune de 17 ans, suivi pendant une période de 4 ans, ferait désormais partie des banques de dossiers d'adultes.

## Limites des études rapportées et des recensions s'y rapportant

Les recensions étudiées précédemment démontrent qu'il demeure difficile de tirer des conclusions solides à propos des gains spécifiques à un traitement donné à cause des lacunes méthodologiques des études, dont les trois principales sont : 1) la présence d'études principalement rétrospectives, avec des devis de recherche sans groupe contrôle. De nature rétrospective, ces études ne permettent pas d'une part de dresser un portrait raffiné de la clientèle et des services reçus et, d'autre part, d'attribuer les changements observés à l'intervention du thérapeute; 2) le recours à des échantillons de petites tailles et 3) la mesure de l'efficacité basée principalement sur un seul indice, soit la récidive. En effet, très peu d'études s'intéressent à d'autres indices cliniques qui tiendraient davantage compte des différents objectifs directs et à court terme des traitements offerts à cette clientèle (p. ex. : diminution des distorsions cognitives, diminution de l'excitation sexuelle, etc.).

Ces premières recensions comportent elles aussi leurs limites. D'une part, les conclusions qui en découlent sont généralement tirées de peu d'études recensées, notamment quand il s'agit d'études ayant eu recours à des indices cliniques autres que la récidive. En effet, il ressort que le nombre d'études ayant recours à l'indice de récidive est, selon les recensions, de deux à cinq fois plus élevé que le nombre d'études ayant recours à d'autres indicateurs cliniques. Les auteurs des recensions et méta-analyses citées ci-haut n'ont identifié que de *quatre* à *six* études portant sur des indices cliniques autres que la récidive. Par ailleurs, ils n'ont pu dresser un portrait étoffé des gains à court terme à la suite d'une participation à un traitement, donc ils n'ont pu mesurer l'efficacité de celui-ci en ce qui a trait à la modification des symptômes et des comportements. D'autre part, les recensions ne rendent pas compte de l'implantation des programmes évalués, c'est-à-dire de l'intégrité et de l'intensité du traitement appliqué. De plus, les informations entourant la pleine participation au traitement ou son abandon ne sont que rarement rapportées.

## Recension des études mesurant les effets des traitements au moyen d'indicateurs cliniques

Cette recension présente les études évaluatives publiées à ce jour qui ont porté sur les effets des traitements offerts aux adolescents agresseurs sexuels en ayant recours à des indicateurs cliniques d'efficacité **autres que celui de la récidive**. Ainsi, elle aura pour objectifs : 1) de présenter les effets des interventions offertes à cette clientèle en portant une attention particulière non seulement aux effets positifs mesurés, mais aussi aux effets négatifs de même qu'au suivi des gains ou de la récidive; 2) de présenter les autres formes d'effets mesurés (p. ex. : satisfaction des participants); 3) de documenter davantage les traitements évalués et leur implantation; et finalement, 4) d'exposer les caractéristiques méthodologiques des études à ce jour et de dégager les défis méthodologiques qu'il reste à relever.

### Les procédures

Nous avons retenu dans le cadre de ce dépouillement **16 études** dont les auteurs se sont penchés sur des effets basés sur des indicateurs cliniques autres que la récidive et présentés de manière quantifiée. De ces 16 études, 13 proviennent des États-Unis, 1 d'Irlande et 2 du Canada. Les études ont été publiées de l'année 1986 à 2004. Toutes ces études ont été consultées directement, c'est-à-dire de première source.

Plusieurs méthodes de repérage ont été utilisées (jusqu'en juillet 2005) : consultation des principales banques de données informatisées (*Criminal Justice Abstracts*, *Current contents*, *Eric*, *Med-Line*, *National Criminal Justice References Services*, *Psyc-info*, *Social Works abstracts*, *Sociofile*); recherches informatisées sur le WEB à l'aide de différents moteurs de recherche (*Google* principalement) et consultation de divers sites Internet (institutions publiques ou privées oeuvrant dans le domaine de l'agression sexuelle, différentes instances gouvernementales américaines et canadiennes, groupes de recherche,

etc.); dépouillement des bibliographies des diverses recensions spécifiques sur ce sujet ou des études descriptives les plus récentes effectuées auprès de cette clientèle; dépouillement des tables des matières des principaux périodiques récents; communications directes avec certains auteurs de recensions ou d'études spécifiques menées auprès de cette clientèle<sup>6</sup>.

Pour être retenues, les études devaient répondre aux critères suivants : être de langue française ou anglaise; être publiées (non tirées de communications personnelles, thèse de doctorat, documents internes, etc.); inclure majoritairement des adolescents dans l'échantillon à l'étude (i.e. de 13 à 17 ans); rapporter une forme de résultats quantifiés (c'est-à-dire plus qu'une présentation « d'impressions cliniques »). Enfin, même si l'indice de récurrence était aussi retenu, les études devaient inclure des mesures d'effets cliniques.<sup>7</sup>

Le Tableau 1 décrit brièvement les principaux effets des traitements en fonction de leurs spécificités. Le Tableau 2 présente les caractéristiques méthodologiques des études évaluatives portant sur les traitements pour adolescents agresseurs sexuels, toujours en fonction de spécificités des traitements évalués. Après l'examen de ce qui ressort de ces caractéristiques, les résultats entourant les effets des traitements seront présentés.

---

<sup>6</sup> Il importe de remercier Marc Weinrott et Gail Ryan (NAPN) pour leur aide précieuse dans la recherche de certains documents difficiles à retracer.

<sup>7</sup> À noter que certaines études ici rejetées avaient été retenues dans les recensions et méta-analyses précédemment citées. Quarante-cinq études ayant eu recours à l'indice de récurrence ont été identifiées. Dans le cadre de cette recension des écrits, il a été décidé de ne pas les présenter, ce type d'études n'étant pas liées directement aux objectifs principaux de la présente thèse.



Tableau 1 – Présentation générale des 16 études évaluatives recensées et de leurs effets, selon le type de traitement

Auteurs	Échant.	Devis	Type de traitement	Effets (voir le Tableau 3 pour la description des instruments de mesure)
<b>Traitements de groupe spécialisé à cibles multiples</b>				
# 1. Kaplan, Becker et Tenke (1991)	N = 45	Préexpérimental/ pré-/post sans groupe contrôle	Spécialisé, cogn./behav., dont 4 sessions psychoéducatives liées à la sexualité + sessions intensives de réduction de l'excitation déviante (SaV, SVo et RC).	Améliorations statistiquement significatives entre le pré-/post- en ce qui a trait aux attitudes et aux valeurs liées à la sexualité (5 échelles du M-TSET) pour 45 AAS ayant complété le programme de traitement. Améliorations statistiquement significatives en ce qui a trait aux connaissances en matière de sexualité et ce, pour les AAS ayant complété l'ensemble des items du test (n = 19) et non pour les autres ne l'ayant pas complété (n = 26).
# 2. Shapiro, Weiker et Pierce (2001)	N = 26	Préexpérimental/ pré-/milieu-/post + follow up récidive (1 an) sans groupe contrôle	Spécialisé, cogn./behav., cibles multiples.	Améliorations statistiquement significatives entre le pré-/post- sur 10 des 12 indicateurs utilisés : problèmes de comportements (YSR) et distorsions cognitives (ACS). Améliorations corroborées par les professionnels, comportements symptomatiques (TBRS; TRF) et incidents rapportés (CI). Absence d'améliorations notées aux sous-échelles retenues du Jesness (SM et AI) et du CBCL (version intervenant). Pour la récidive, après suivi de 1 an, 27 % de récidive non sexuelle contre 8 % de récidive sexuelle sont rapportées.
# 3. Hains, Herrman, Baker et Graber (1986)	n = 9 expérimental n = 8 contrôle	Quasi expérimental/ pré-/post avec groupe contrôle	Psychoéducatif spécialisé (gr. expérimental) vs Liste d'attente (gr. contrôle)	Améliorations statistiquement significatives entre le pré-/post- pour les AAS du groupe expérimental en ce qui a trait aux connaissances et attitudes en matière de sexualité (SKQ) et à la résolution de problèmes (API), mais non au niveau de leur jugement moral (DIT). Aucune amélioration significative sur ces quatre dimensions entre le pré-/post- pour les AAS en liste d'attente. Toutefois, globalement, on ne peut pas dire que statistiquement les gains soient plus importants pour les jeunes ayant participé au groupe (gr. expé.) que pour ceux en attente de traitement (gr. contrôle).
# 4. Sheridan, McKeown et al. (1998); Sheridan et Mc Grath (1999)	N = 22	Préexpérimental/ Transversal post- et follow up récidive (de 2 à 5 ans) sans groupe contrôle	Spécialisé, cogn./behav., cibles multiples.	Selon intervenants (Questionnaires non-précisés + échelle de risque) : changements cliniques importants – pour 91 % des AAS (gestion des cognitions, conflits et émotions négatives). Atteinte des objectifs – allant de 59 % à 77 % des adolescents, selon les cibles. Risque de récidive : 64 % des AAS représenteraient un risque de récidive faible, 27 % un risque élevé et 9 % un niveau de risque inconnu. Selon les adolescents (entrevue) : satisfaction face au fonctionnement actuel évaluée à un niveau de 50 % à 75 % (relations, relations familiales, travail, etc.). Pour la récidive, aucun dit n'avoir récidivé, malgré le fait que 50 % ajoute avoir été placé en situations à risque de passage à l'acte (sondage anonyme).

Auteurs	Échant.	Devis	Type de traitement	Effets (voir le Tableau 3 pour la description des instruments de mesure)
# 5. Miner, Siekert et Ackland (1997)	N = 91 2 groupes indépendants  pré n = 32 post n = 32	<i>Préexpérimental</i> à 2 gr. indépendants Transversal : 1 moment de mesure pour chacun des groupes + follow up récidive (jusqu'à 47 mois)	Groupe + 6 sessions psychoéducatives spécialisées	Différences statistiquement significatives entre les deux groupes (groupe pré-/groupe post-), améliorations notamment quant à l'image de soi, la considération à l'égard d'autrui et la présence de comportements auto destructeurs (10 échelles du JBC – version ados; 12 échelles du JBC, version intervenants). Améliorations cliniques (entrevue post traitement) face à la capacité à mieux identifier les situations avec risques de récidive. Pour la récidive (sources officielles), après suivi allant jusqu'à 47 mois : arrestations sexuelles 8 %, non sexuelles 38 % et accusations sexuelles 8 %, non sexuelles 28 %.
# 6. Eastman (2004)	N = 100 3 groupes indépendants  pré n = 40 post n = 40 follow n = 20	<i>Préexpérimental</i> à 3 gr. indépendants Transversal : 1 moment de mesure pour chacun des groupes + follow up récidive (6 mois)	Type de traitement non-précisé	Différences statistiquement significatives entre les 3 groupes indépendants (gr. pré., gr. post. et gr. follow up) : améliorations face aux distorsions cognitives (BCDS), connaissances (SKQ) et attitudes en matière de sexualité (AVI) et niveau d'estime de soi (ISE). Absence de différences significatives au niveau d'empathie (3 échelles de l'IR).
<b>Traitements à cibles cliniques spécifiques</b>				
# 7. Laforest et Paradis (1990)	N = 6	<i>Préexpérimental</i> pré-/post sans groupe contrôle	Psychoéducatif, lié à la sexualité.	Améliorations (questionnaire-maison aux adolescents) entre le pré-/post- de 13 % sur volet lié aux informations transmises (physiologie, contraception et mts., connaissances légales). Améliorations de 17 % sur volet lié à l'éducation (dimension affective, orientation sexuelle, croyances, etc.). Appréciation globale positive (observations et impressions cliniques des intervenants) sur volet croissance personnelle. Effets moins probants pour 2 AAS.
# 8. Derezotes (2000)	N = 14	<i>Préexpérimental</i> Transversal : 1 mesure à 3 mois + follow up gains (9 mois après début du traitement). sans groupe contrôle	Groupe de yoga et de méditation.	Améliorations subjectives – Pas de tests statistiques rapportés (entrevue maison pour adolescents, parents et intervenants) du fonctionnement général. De 93 % à 100 % rapportent être moins tendus, meilleur contrôle de sentiments négatifs tels la colère, aide à prévenir la récidive, etc.). Au suivi (n = 5), 1 AAS rapporte impacts négatifs mais gains maintenus pour les autres.

Auteurs	Échant.	Devis	Type de traitement	Effets (voir le Tableau 3 pour la description des instruments de mesure)
#9. Graves, Openshaw et Adams (1992)	n = 18 expérimental n = 12 comparaison	Expérimental pré-/post avec groupe de comparaison	Spécialisé + Programme d'entraînement aux habiletés sociales (ASSET) (gr. expérimental) vs Traitement non-précisé (gr. de comparaison).	Améliorations statistiquement significatives entre pré-/post- pour 18 AAS ayant reçu ASSET au niveau des <i>habiletés sociales</i> , notamment celles liées à la <i>communication entre parents/adoléscent</i> , de même que sur l' <i>image de soi</i> (8 échelles du ASSET; PARI version ados; 6 échelles CBCL version ados; 3 échelles du CBCL version parents; 3 échelles du PHSCS). Pas d'améliorations significatives pour autres dimensions, notamment la <i>résolution de problèmes entre parents et adolescent</i> (PARI, versions ados et parents) et certaines <i>autres compétences sociales</i> (4 échelles du CBCL, version parents et 1 échelle, version ados). Quelques améliorations notées aussi chez le groupe de comparaison (sur 2 échelles du ASSET). <b>Différences statistiquement significatives entre les gains des 2 groupes</b> , en faveur du groupe avec programme d'habiletés sociales (gr. expérimental).
# 10. Campbell, Lussier, Vaughan-Jones, McCannell et Kunciewicz (1992)	n = 9 expérimental n = 15 comparaison	Quasi expérimental pré-/post-/follow-up récidive (18 mois post-traitement) avec groupe de comparaison	Thérapie familiale selon un modèle séquentiel (gr. expérimental) vs Thérapie sans l'ajout de sessions familiales (gr. de comparaison).	Améliorations statistiquement significatives (gr. expé.) entre pré- et post-, sur : <i>dépression</i> (BDI), <i>risque de récidive</i> (RDC), <i>fonctionnement familial</i> (FAM et FPC). Améliorations statistiquement significatives (gr. comp.) entre pré- et post-, sur : <i>dépression</i> (BDI), <i>image de soi</i> (PHSCS), <i>risque de récidive</i> (RDC) et <i>distorsions cognitives</i> (ACS). Détériorations au post-pour les 9 jeunes (gr. expé.) où plus de <i>distorsions cognitives</i> (ACS) et un plus grand <i>sentiment de solitude</i> (UCLA). Toutefois, globalement, <b>on ne peut pas dire que statistiquement les gains soient plus importants</b> selon un type d'intervention plutôt que l'autre, même si on note une différence en faveur du groupe de comparaison (baisse des distorsions cognitives). Satisfaction face aux services reçus pour 68 % des AAS. Pour la récidive sexuelle, pas de différences entre les deux groupes (8 % pour chacun des 2 groupes), mesurée lors d'un suivi de 18 mois post-traitement (auprès des thérapeutes et des policiers).
# 11. Bordin, Schaeffer et Heiblum (2000-2003)	n = 24 expérimental n = 24 comparaison	Expérimental pré-/post-/follow-up récidive (9 ans) avec groupe de comparaison	Approche multisystémique (gr. expérimental) vs Services en individuel (gr. de comparaison).	Améliorations statistiquement significatives pré-/post- (gr. multisystémique) sur instruments variés : <i>réduction de comportements problématiques</i> , de <i>symptômes divers</i> , de <i>fréquentations avec des pairs délinquants</i> ; augmentation de la <i>cohésion familiale</i> et du <i>rendement scolaire</i> . De plus, <i>réduction du temps de placement</i> pour les AAS groupe expé. (multisystémique) et <i>moindres coûts associés</i> . Pour la récidive sexuelle après suivi de 9 ans, différences significatives entre les deux groupes (13 %, gr. expé. vs 42 %, gr. comp.), de même que pour la récidive non sexuelle (29 %, gr. expé. vs 63 %, gr. comp.). <b>Différences statistiquement significatives entre les gains des 2 groupes</b> , en faveur du groupe avec approche multisystémique (gr. expérimental).

Auteurs	Échant.	Devis	Type de traitement	Effets (voir le Tableau 3 pour la description des instruments de mesure)
<b>Traitements avec techniques intensives de réduction de l'excitation déviante</b>				
#12. Becker, Kaplan et Kavoussi (1988)	N = 24	<i>Préexpérimental</i> pré-/post sans groupe contrôle	Cogn./behav. + sessions intensives de réduction de l'excitation déviante (SaV, SVo, RC)	Améliorations statistiquement significatives entre le pré- et le post- (par pléthysmographie + questionnaires + entrevue) pour 11 AAS (avec victimes masculines). Améliorations non statistiquement significatives pour 12 AAS (avec victimes féminines). Détériorations (augmentation des désirs déviants) pour 1 AAS (avec victimes féminines).
#13. Hunter et Santos (1990)	N = 27	<i>Préexpérimental</i> baseline 1 et 2-/post sans groupe contrôle	Cogn./behav. + sessions intensives de réduction de l'excitation déviante (SaV ou SaM, SaL, SVo)	Réponses stables aux stimuli entre les 4 mois des deux temps de baseline. Améliorations statistiquement significatives entre le niveau de baseline et le post- (par pléthysmographie + questionnaires + entrevue) pour 12 AAS (avec victimes masculines) et pour 15 AAS (avec victimes féminines). On note une absence d'effets indésirables (maintien des désirs appropriés).
#14. Kaplan, Morales et Becker (1993)	N = 15	<i>Préexpérimental</i> pré-/post sans groupe contrôle	Cogn./behav. + sessions intensives de réduction de l'excitation déviante (SaV)	Améliorations cliniques entre le pré- et le post-, mais pas de tests statistiques rapportés (par pléthysmographie + questionnaires + entrevue) pour 14 AAS. Détériorations cliniques pour 1 AAS (augmentation des désirs déviants).
#15. Hunter et Goodwin (1992)	N = 39	<i>Préexpérimental</i> pré-/milieu (6 mois)- /post (9 mois) sans groupe contrôle	Cogn./behav. + sessions intensives de réduction de l'excitation déviante (SaV, ajout à 3 mois de RC, et ajout à 9 mois de SaL)	Améliorations statistiquement significatives entre le pré- et le milieu- (par pléthysmographie) pour 27 AAS (après 6 mois et maintien des gains à 9 mois). Détériorations (tendance à suppression des désirs appropriés) pour ces 12 AAS (non statistiquement significatif).
#16. Weinrott, Riggan et Frothingham (1997)	n = 35 expérimental n = 34 contrôle	<i>Expérimental</i> pré-/post- /follow up gains (6 mois) avec groupe contrôle	Spécialisé + sessions intensives de réduction de l'excitation déviante (SVi ) (gr. expérimental) vs Attente 3 mois + traitement ultérieur (gr. contrôle).	Améliorations statistiquement significatives (par pléthysmographie et ASIC) pour les 35 adolescents soumis à trois mois de traitement. Maintien des gains après trois mois. Différences statistiquement significatives entre les gains des 2 groupes, en faveur du groupe avec SVi (gr. expérimental). Aucune amélioration statistique lors de trois mois d'attente (gr. contrôle). Mais améliorations statistiquement significatives après trois mois d'utilisation de cette technique (gr. contrôle). Améliorations statistiquement significatives de l'estime de soi en cours de traitement (SPPA) chez les deux groupes. Satisfaction générale (par sondage) face à la pertinence de SVi chez les participants et leurs parents.

RC : restructuration cognitive  
 SaL : satiété en laboratoire  
 SaM : satiété masturbatoire  
 SaV : satiété verbale  
 SVi : sensibilisation vicariée  
 SVo : sensibilisation voilée

Tableau 2 – Caractéristiques méthodologiques spécifiques des 16 études évaluatives recensées

ETUDES	DEVIS	ÉCHANTILLONS			TRAITEMENTS		MESURES		RÉSULTATS																			
		Type de devis <sup>a</sup>	Groupe de comparaison ?	Suivi ?	Temps de mesure ≥ 2 ?	Taille échantillon <sup>f</sup>	Étendue âge	Moyenne âge	Échantillon avec spécificité ?	Source de référence ?	Lieu <sup>b</sup>	Modalité <sup>c</sup>	Durée traitement (mois)	Intensité (heures/semaines)	Types de mesures <sup>d</sup>	Sources consultées <sup>e</sup>	Tests statistiques ?	Implantation					Effets					
																		Participation documentée ?	Abandon (%)	Autres résultats présentés ?	Effets négatifs présentés ?	Effets nuls présentés ?	Satisfaction présentée ?	Atteinte objectifs présentée ?	Suivi des gains présente ?	Récidives sexuelles (%) <sup>f</sup>	Récidives non sexuelles (%) <sup>f</sup>	Autres effets présentés ?
#1 #2 #3 #4 #5 #6	Traitements de groupe spécialisé à cibles multiples																											
	PE		✓	✓	45	12-19	15,4	✓	✓	E	G	10	1	1	1	✓	✓	59			✓	✓	✓		-	-		
	PE		✓	✓	26	11-15	13,1	✓		R	G,I,(F)	18	3	1,3,5	1,3,4	✓	✓	d.m.			✓	✓			8	27		
	QE	✓	✓	✓	9/8	16-18	d.m.			R	G	2	2	1	1	✓		d.m.			✓	✓			-	-		
	PE		✓	✓	22	14-21	18		✓	E	G,(I),(F)	9-12	d.m.	4,5	1,3		✓	d.m.	✓		✓	✓	✓		0	-	✓	
	PEgi		✓	✓	91	14-18	16	✓	✓	R	G	7-8	7,5	1,4,5	1,3	✓	✓	11	✓		✓	✓			8	28	✓	
#6		✓	✓	100	13-22	17	d.m.		R	d.m.	d.m.	d.m.	1	1	✓		d.m.			✓	✓				-	-		
#7 #8 #9 #10 #11	Traitements à cibles cliniques spécifiques																											
	PE		✓	✓	6	14-20	d.m.	✓	✓	E	G,(I),(F)	3	d.m.	3,5	1,3		✓	d.m.	✓		✓	✓				-	-	
	PE		✓	✓	14	d.m.	d.m.	d.m.		d.m.	G	6-9	1	4	1,2,3		✓	d.m.	✓		✓	✓			-	-		
	E	✓	✓	✓	18/12	12-19	15		✓	E	G	2	d.m.	1	1,2	✓	✓	0			✓	✓				-	✓	
	QE	✓	✓	✓	9/15	12-17	14		✓	E	G,I,F	18	d.m.	1,5	1,2,4	✓		39			✓	✓	✓		8/8	-		
	E	✓	✓	✓	24/24	d.m.	14	✓		E	A	7-8	d.m.	1,5	1,4	✓		d.m.			✓				13/42	29/63	✓	
#12 #13 #14 #15 #16	Traitements avec techniques intensives de réduction de l'excitation déviante																											
	PE		✓	✓	24	13-18	15,6	✓	✓	E	G,I	d.m.	11	1,2,4	1	✓		d.m.		✓						-	-	
	PE		✓	✓	27	13-17	d.m.	✓	✓	R	G,I,F	2	8	1,2,4	1	✓		d.m.								-	-	
	PE		✓	✓	15	13-18	15,4		✓	E	I	2-3	4	1,2,4	1		✓	38		✓						-	-	
	PE		✓	✓	39	d.m.	15,4		✓	R	G,I,F	9	2-4	2	1	✓	✓	d.m.	✓	✓	✓	✓				-	-	
	E	✓	✓	✓	35/34	13-18	14,7	✓	✓	M	(G),(I)	3	d.m.	1,2,4,5	1,2	✓	✓	26			✓	✓	✓	✓			-	-

Voir légende sur la page suivante.

Note : Dans ce tableau, un crochet (√) signifie l'affirmative et un vide signifie une réponse négative. Un tiret (-) signifie que cela ne s'applique pas à l'étude.

<sup>a</sup> : E = Expérimental; QE = Quasi expérimental; PE = Préexpérimental; PEgi = Préexpérimental à groupes indépendants;

<sup>b</sup> : E = Externe; R = Résidentiel; M = Multiple

<sup>c</sup> : G = Groupe; I = Individuel; F = Familial; A = Autre; () = signifie que cette modalité est appliquée au besoin

<sup>d</sup> : 1 = Questionnaire papier-crayon standardisé; 2 = Mesure physiologique (pléthysmographie); 3 = Instrument-maison; 4 = Entrevue clinique; 5 = Autre

<sup>e</sup> : 1 = Adolescent; 2 = Parent; 3 = Intervenant; 4 = Autre

<sup>f</sup> : groupe expérimental/groupe de comparaison

d.m. : données manquantes

## Les caractéristiques méthodologiques des 16 études évaluatives recensées

Cette section présentera les caractéristiques des études évaluatives recensées, soit une description de leurs devis de recherche, des échantillons utilisés, des traitements évalués et de leurs mesures. Le portait de ces 16 études permettra par la suite de dégager leurs principales limites méthodologiques avant d'en présenter les effets.

### Les devis de recherche utilisés

Il ressort que près de 70 % ( $n = 11$ ) des études (Tableau 2) ont recours à des devis de recherche qui peuvent être qualifiés de *préexpérimentaux (PE)*, c'est-à-dire qui ne comportent pas de groupe de comparaison. Bien que fort répandus, de tels devis de recherche ne nous *permettent pas d'établir l'efficacité du traitement en cause*, laissant place notamment à la possibilité que le passage du temps puisse expliquer à lui seul les changements mesurés entre les deux temps de mesure (Bouchard, Earls et Fortin, 1988). Cinq études comportent des groupes de comparaison et peuvent ainsi être qualifiées d'études *expérimentales (E)* ou *quasi expérimentales (QE)*. De tels devis limitent ainsi les menaces à la validité interne des études. Parmi ces cinq études, deux utilisent des groupes contrôle (absence de traitement). Ces devis permettent de tenter de répondre à la question suivante : *le traitement est-il plus efficace qu'une absence de traitement?* Les trois autres ont recours à des groupes de comparaison (autre forme de traitement), cherchant cette fois à répondre à la question suivante : *le traitement évalué est-il plus efficace qu'une autre forme donnée d'intervention?*

Par ailleurs, 75 % ( $n = 12$ ) des études recensées sont longitudinales car elles incluent au moins deux temps de mesure (dites avec devis *pré-post*) et huit ajoutent un « follow-up » à la suite du traitement. Les autres études ( $n = 4$ ) sont *transversales*. Par contre, deux d'entre elles s'intéressent tout de même aux effets dans le temps. Ces deux études utilisent un seul moment de mesure sur des *groupes distincts indépendants* à

différents moments de leur processus de traitement (*PEgi*) (Eastman, 2004; Miner, Siekert et Ackland, 1997).

### **La composition des échantillons**

Le nombre total de participants par étude varie de 6 à 100 (taille moyenne = 37,3 participants; médiane = 26,5 participants). Les cinq études expérimentales ou quasi expérimentales qui ont recours à des groupes de comparaison sont comparables à l'ensemble des études en ce qui a trait à la taille de l'échantillon total (37,6 participants) et les tailles des groupes alors comparés vont de huit à 35 participants.

À l'exception d'une seule, la totalité des études précisent l'âge et le sexe des adolescents. Tous les participants sont de sexe masculin et l'étendue des âges des adolescents varie de 11 à 22 ans. Soixante-trois pour cent ( $n = 10$ ) de ces études incluent des garçons de plus de 17 ans, alors que 25 % ( $n = 4$ ), des garçons de moins de 13 ans. L'âge moyen est de 15,3 ans.

Pour la grande majorité des études ( $n = 14$ ), la description des données entourant les victimes choisies et les gestes posés n'est que minimale. Il demeure que l'étude-type présente un échantillon « mixte » en terme d'éventail de gestes posés, ou de caractéristiques des victimes. Il ressort que *l'adolescent agresseur sexuel type* a commis des gestes avec touchers physiques (allant des attouchements à la pénétration complète) impliquant un enfant comme victime. Toutefois, quelques études ( $n = 6$ ) comportent un échantillon plus spécifique en ce qui a trait à un type d'agresseurs, d'agressions ou de victimes données ( $n = 2$  – âge de la victime;  $n = 2$  – sexe de la victime;  $n = 2$  – niveau de gravité ou violence;  $n = 2$  – échec d'un traitement antérieur)<sup>8</sup>. Finalement, près des deux tiers des études (63 %,  $n = 10$ ) mentionnent les sources de référence d'où proviennent les adolescents. La source de

---

<sup>8</sup> Une même étude peut retenir plus d'une spécificité pour constituer son échantillon, d'où le total des études excédant six.



référence est souvent mixte (juridique-légale, autres professionnels, familiale), bien qu'elle ne soit pas toujours très précise.

## **Les traitements évalués**

### *Le lieu, les modalités et le contenu*

Dans les études recensées, on retrouve sensiblement le même nombre d'interventions tenues en milieu externe ( $n = 8$ ) qu'en milieu interne ( $n = 6$ ), lorsque cette information est disponible. L'intervention de groupe est la modalité d'intervention la plus fréquente (81 %). Une approche individuelle semble être utilisée en parallèle lorsque nécessaire dans un peu plus de la moitié des études (56 %). Une seule étude mesure les effets d'une approche en individuel sans sessions de groupe (Kaplan, Morales et Becker, 1993). Cette observation est cohérente avec les données de la littérature qui affirment que l'approche « traditionnelle » (rencontres en individuel)<sup>9</sup> est rarement utilisée seule (Becker, 1994; Earlt et McNamara, 1997). Six études (38 %) mentionnent l'implication, systématique ou non, de la famille au niveau du traitement. Toutefois, le type de sessions avec participation des parents est variable; il peut s'agir de rencontres de groupes de parents, de rencontres avec l'ensemble de la famille, ou de rencontres en dyades parents/adolescents.

Un premier groupe de six études porte sur l'évaluation de traitements de groupes spécialisés (cognitif-behavioral et/ou psychoéducatif) à cibles multiples (Eastman, 2004<sup>10</sup>; Hains et al., 1986; Kaplan, Becker et Tenke, 1991; Miner et al., 1997; Shapiro, Welker et Pierce, 2001; et Sheridan et McGrath, 1999). Par ailleurs, quatre de ces traitements ont lieu en milieu résidentiel, à l'image des traitements davantage populaires au cours de années 80'.

---

<sup>9</sup> Dans le cadre de cette recension, les expressions « approches *traditionnelles* ou services *traditionnels* » font référence aux modalités d'intervention *habituellement* offertes en psychologie, soit des rencontres de type individuel (en face-à-face) et/ou de type familial.

<sup>10</sup> Le type de traitement n'est pas précisé dans l'étude. À la lumière des instruments utilisés, il est possible de déduire toutefois qu'il s'agit d'un traitement à cibles multiples.

Les deux autres, plutôt dans la foulée des recommandations plus récentes du NAPN (1993) et de l'ATSA (1997), prennent place en milieu externe. Cinq autres traitements évalués se distinguent des modèles les plus communs précédemment décrits en ce sens qu'ils ne sont pas de visée holistique, mais mettent plutôt l'accent sur une cible clinique spécifique mais non spécialisée pour les adolescents agresseurs sexuels. En effet, un traitement vise spécifiquement le développement d'habiletés sociales (Graves, Openshaw et Adams, 1992), un autre vise le développement de connaissances en matière de sexualité (Laforest et Paradis, 1990) ou encore, la gestion et la réduction du stress par le yoga et la méditation (Derezotes, 2000). Finalement, les deux autres traitements évalués visent spécifiquement l'apport de l'implication active de la famille au niveau de l'intervention (Borduin, Schaeffer et Heiblum, 2000 – cité dans Borduin et Schaeffer, 2001; Borduin, Schaeffer et Heiblum, 2003 – cité dans Borduin, 2004a; Campbell, Lussier, Vaughan-Jones, McCannell et Kunczewicz, 1992).

Les cinq dernières études<sup>11</sup> regroupent celles qui s'intéressent à l'efficacité de techniques de réduction de l'excitation déviante, soit celles dites de « satiété » ou « aversives ». Ainsi, quatre traitements ont recours à la technique de la satiété verbale (Becker et al., 1988; Hunter et Goodwin, 1992; Hunter et Santos, 1990; Kaplan et al., 1993) avec ou sans l'utilisation conjointe d'autres techniques spécifiques (sensibilisation voilée, restructuration cognitive). Une autre étude plus récente aborde précisément l'apport de la technique de sensibilisation vicariée (Weinrott et al., 1997). Il importe de souligner que ces techniques de réduction de l'excitation déviante sont, dans le cadre de ces études, toutes appliquées en plus d'une autre forme d'intervention (rencontres de groupe ou en individuel).

---

<sup>11</sup> Afin de clarifier la présentation des effets des traitements ainsi que la lecture du Tableau 1 et du Tableau 2, les études seront présentées en fonction de ces trois types de spécificité des traitements : 1) *traitements de groupe spécialisés à cibles multiples*; 2) *traitements à cible(s) clinique(s) spécifique(s)*; et 3) *traitements avec techniques intensives de réduction de l'excitation déviante*.

### *La durée et l'intensité des traitements*

Bien que deux études (13 %) ne précisent pas la durée totale du traitement, il appert que la majorité d'entre elles ( $n = 9$ ) évaluent un traitement de durée fixe. Lorsqu'elle est précisée, la durée totale du traitement varie de deux à 18 mois, la durée moyenne se situant autour de sept mois. L'intensité proposée pour le traitement (p. ex. : fréquence et durée des rencontres par semaine, intensité de chacune des composantes de l'intervention, etc.) est rapportée par près des deux tiers des études ( $n = 9$ )<sup>12</sup>. Il semble que les techniques de réduction de l'excitation déviante sont appliquées de manière intensive (plusieurs fois par semaine), habituellement sur une plus courte période (moyenne de 2 à 3 mois).

### **Les mesures utilisées**

Même si plus de 85 % ( $n = 12$ ) des études utilisent des instruments standardisés, il ressort que près des deux tiers d'entre elles ( $n = 10$ ) ont recours en plus à un autre type de mesures (p. ex. : entrevue, observations directes, etc.). On peut voir dans le Tableau 3 que, parmi les 33 instruments utilisés, seulement trois l'ont été par plus d'une étude. Les *mesures comportementales* ou de *fonctionnement général* sont les plus utilisées, et ce par les études qui évaluent des traitements de groupe spécialisés à cibles multiples ou à cibles spécifiques. Viennent ensuite les mesures liées à différents *symptômes* (estime de soi, sentiments de solitude, dépression), suivies de celles liées aux *connaissances et attitudes face à la sexualité* et celles liées aux *relations familiales*. Bien que *développer une compréhension du cycle de l'agression sexuelle* soit, en théorie, une cible grandement liée aux traitements spécialisés auprès de cette clientèle, aucune étude ne semble l'avoir directement mesurée au moyen d'un instrument spécifique. Toutefois, l'équipe de Sheridan et McGrath (1999) a fait mention, à l'aide d'une échelle d'*atteinte d'objectifs* remplie par les intervenants, de quelques items liés à cette cible (*identifier et décrire son cycle de l'agression, développer*

---

<sup>12</sup> Il est généralement bien difficile de distinguer, à partir des informations disponibles, l'intensité *prévue* de l'intensité *réelle* des traitements, d'où le fait que nous ne les avons pas ici distinguées.

*son plan de prévention de la récidive, etc.*). Cinq études se démarquent parce qu'elles ont recours à plus de deux instruments standardisés (#2, 3, 6, 9, 10).

Les cinq études qui mesurent la réduction de l'excitation déviante le font au moyen de la pléthysmographie, mesure physiologique qui quantifie l'excitation sexuelle au moyen des variations de la tumescence pénienne face à divers stimuli (le plus souvent auditifs). Bien que ces cinq études font également mention du recours à d'autres types de mesures (entrevue clinique, test papier-crayon), le pléthysmographe est généralement le seul outil utilisé dans ces études avant et après le traitement et dont les résultats sont rapportés. Finalement, plus de la moitié des études recensées ( $n = 9$ ) recueillent des informations auprès de sources multiples, soit quatre auprès des parents, cinq auprès des intervenants et trois auprès d'autres sources (professeurs, policiers, etc.).

Tableau 3 – Instruments utilisés pour la mesure des effets des traitements classés selon les cibles visées

Noms des instruments selon les cibles mesurées	Nombre <sup>a</sup>	Étude <sup>b</sup>
<b>Mesures comportementales ou de fonctionnement général</b>		
CBCL : Achenbach Child Behavior Checklist (Achenbach et al., 1987) – version enfants	1	# 9
CBCL : Achenbach Child Behavior Checklist (Achenbach et al., 1987) – version parents/intervenants	1	# 2, 9
CI : Critical incidents (mesure maison – étude de Shapiro et al., 2001)	1	# 2
JBC : Jesness Behavioral Checklist (Jesness, 1984) – version adolescent	1	# 5
JBC : Jesness Behavioral Checklist (Jesness, 1984) – version intervenant	1	# 5
JI : Jesness Inventory (SM = <i>Social maladjustment</i> ; AI = <i>Asocial Index</i> – Jesness, 1991)	1	# 2
TBRS : Target Behavior Rating Scale (mesure maison – étude de Shapiro et al., 2001)	1	# 2
TRF : Teacher Form Report (Achenbach, 1991)	1	# 2
YSR : Youth Self-Report (Achenbach, 1991)	1	# 2
<b>Mesures des habiletés sociales</b>		
API : Adolescent Problem Inventory (Freedman et al., 1978)	1	# 3
ASSSET : Social Skills Effectiveness Training Program questionnaire (Hazel et al., 1981)	1	# 9
<b>Mesures d'empathie/jugement moral</b>		
DIT : Defining Issues Test (Rest, 1974)	1	# 3
IRI : Interpersonal Reactivity Index (Davis, 1983)	1	# 6

Noms des instruments selon les cibles mesurées	Nombre <sup>a</sup>	Étude <sup>b</sup>
<b>Mesures de symptômes dépressifs, d'estime et de perception de soi, de sentiments de solitude</b>		
BDI : Beck Depression Inventory (Beck et al., 1979)	1	# 10
ISe : Index of Self-esteem (Hudson, 1987)	1	# 6
PHSCS : Piers-Harris Self Concept Scale (Piers et Harris, 1969)	2	# 9, 10
SPPA : Self-Perception Profile for adolescents (Harter, 1988)	1	# 16
UCLA : Loneliness Scale (Russel et al., 1980)	1	# 10
<b>Mesures de connaissances ou attitudes face à la sexualité</b>		
AVI : voir M-TSET, Attitude and Value Inventory (Kirby, 1984)	1	# 6
M-TSET : Math Tech Sex Education Test [SKQ: "Knowledge" – 34 items + AVI : "Attitudes and values" – 70 items] (Kirby, 1984)	1	# 1
SKQ : Sexual Knowledge Questionnaire ["Knowledge" – 55 items] (Kirby et al., 1979)	2	# 3, 6
PI : Psychological Inventory ["Attitudes and values" – 140 items] (Kirby et al., 1979)	1	# 3
<b>Mesures des distorsions cognitives</b>		
ACS : Adolescent Cognition Scale (Hunter et al., 1991)	2	# 2, 10
ASIC : Adolescent Sexual Interest Card Sort (Becker et Kaplan, 1979)	1	# 16
BCDS : Bumby Cognitive Distortion Scales (Bumby, 1996)	1	# 6
<b>Mesures d'évaluation du risque</b>		
O'Reilly : Grille de O'Reilly (O'Reilly, 1996)	1	# 4
RDCL : Risk Determination Check List (Loss et al., 1988)	1	# 10
<b>Mesures du fonctionnement familial ou relations avec parents</b>		
FAM-III : Family Assessment Measure III (versions mère et adolescent) (Skinner et al., 1983)	1	# 10
FPC : Family Problem Checklist (par Morrison Center For Youth & Family Services, Oregon)	1	# 10
PARI : Parent-Adolescent Relationship Inventory (Robin et al., 1984) – version adolescents	1	# 9
PARI : Parent-Adolescent Relationship Inventory (Robin et al., 1984) – version parents	1	# 9
<b>Autres mesures</b>		
CSQ-8 : Consumer Satisfaction Questionnaire – 8 (Larsen et al., 1979) – versions adolescents et parents	1	# 10
MCSDS : Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Crowne, et al., 1988)	1	# 10

a) Nombre d'études ayant eu recours à cet instrument; b) Identification – par numéro – des études ayant eu recours à cet instrument

### Autres mesures des effets

La plupart des seize études (88 %) mentionnent, en plus des effets positifs, s'il y a lieu, des effets nuls (63 %) ou indésirables (31 %). Deux études ajoutent une évaluation objective du progrès de l'atteinte des cibles de traitement et trois, le maintien ou non des

gains mesurés. La satisfaction des usagers à l'égard des services reçus n'est présente que dans trois études. En plus de différentes mesures cliniques, cinq études incluent dans leur devis des données entourant la récurrence et une autre, l'évaluation des risques de récurrence à la suite du traitement tels que mesurés par les intervenants (Sheridan et McGrath, 1999).

À titre de mesures d'effets autres, trois études ont tenté de recueillir des informations sur la généralisation des résultats à l'extérieur du cadre des rencontres (Borduin et al., 2000 – cité dans Borduin et Schaeffer, 2001; Borduin et al., 2003 – cité dans Borduin, 2004a; Graves et al., 1992; Miner et al., 1997). Enfin, les coûts sauvés par une réduction du temps de placement ont été ajoutés à titre d'indicateur d'efficacité dans les travaux de l'équipe de Borduin (2000; 2003).

### **Description des mesures d'implantation et quelques observations**

Les données d'implantation rendent compte à la fois de la *participation* des adolescents au traitement et l'*abandon* de celui-ci, s'il y a lieu, ainsi que *du niveau d'application réelle* du traitement. Comme peu d'études ont traité de l'implantation dans son ensemble mais plutôt sous un angle propre à chacune, les quelques résultats colligés seront intégrés à la présentation de la méthodologie, et non traités dans une section distincte.

Plus de la moitié des études ( $n = 9$ ) font état d'un certain niveau de participation des adolescents au traitement, habituellement très sommairement décrite, plutôt de manière quantitative (pourcentage de participants avec nombre de présences acceptables) plutôt que de manière qualitative (qualité de participation, de discipline, d'écoute, etc.). Que le traitement se déroule en milieu résidentiel ou à l'externe ne semble pas être lié au fait que des données de participation soient rapportées, si ce n'est que lorsque le traitement prend place à l'interne, la quantité d'informations colligées est plus importante parce que plus de temps est accordé aux observations et que plus d'intervenants s'impliquent dans la recherche, etc.. Les études faisant état du taux d'abandon au traitement sont au nombre de six (40 %). Lorsque rapportés, les taux d'abandon varient de 0 % à 59 %. Les motifs de

l'abandon sont très rarement mentionnés, une fin de sentence ou un taux de présence non satisfaisant sont parfois évoqués.

Peu d'études présentent des données entourant le déroulement et le climat réels des traitements évalués (31 %). Deux études seulement précisent avoir mis en place une mesure afin de s'assurer que le traitement a été dispensé tel que prévu, soit par l'enregistrement des sessions (Hunter et Goodwin, 1992), ou soit au moyen de grilles à remplir régulièrement par l'intervenant (Miner et al, 1997). Laforest et Paradis (1990) rapportent pour leur part des impressions qualitatives en faisant un retour sur les contenus abordés, les techniques d'animation utilisées et le climat de groupe observé. Ils invitent notamment les intervenants à être attentifs à la nécessité de vulgariser le matériel afin qu'il soit adapté au niveau de langage des jeunes et à demeurer vigilants pour déceler leurs malaises et leurs résistances. Deux autres études rapportent des résultats en lien avec le soutien familial et soulignent cette fois l'importance d'informer les parents sur le déroulement et les objectifs des traitements afin de favoriser leur implication (Derezotes, 2000; Sheridan et McGrath, 1999). Enfin, Miner et al. (1997) se pencheront aussi, au moyen du CIES (Correctional Institutions Environment Scale – Moos, 1974), sur la qualité de soutien qu'offre le milieu de vie des participants placés en traitement résidentiel. De manière générale, les intervenants avaient tendance à percevoir l'environnement de manière plus positive que les participants.

### **Les principales limites des études recensées**

Cette recension fait assurément état du peu d'études d'efficacité qui existent présentement ayant recours à des indices cliniques autres que la récidive. Il est possible d'en dégager les principales limites méthodologiques à partir desquelles devront être interprétés les résultats : 1. La majorité des études ont recours à des devis de recherche sans groupe de comparaison. Il s'agit alors d'une limite car les changements mesurés peuvent difficilement, dans ces cas, être attribués au seul traitement examiné. Cela laisse place à

trop de menaces à la validité interne des études; 2. Les échantillons sont majoritairement de petite taille; 3. Le traitement appliqué est généralement décrit de manière peu exhaustive, en terme de cibles visées, de méthodes utilisées, etc.; 4. Peu d'entre elles présentent des données liées à l'implantation du traitement et à la participation des adolescents; 5. Enfin, aucune ne mesure objectivement les changements liés à la compréhension des gestes posés et du cycle de l'agression sexuelle.

Le Tableau 4 présente les 16 études évaluées à la lumière des huit critères plus spécifiques qui ont été retenus. Le tableau montre bien que, selon ces critères, peu d'études ont une validité interne suffisante, considérant le fait que près des deux tiers ( $n = 10$ , 63 %) ne rencontrent que quatre critères ou moins sur les huit retenus. Les limites méthodologiques propres à chacun des trois types de traitements évalués seront prises en compte à nouveau dans la présentation des résultats correspondants.



Tableau 4 – Évaluation de la qualité méthodologique des 16 études recensées à la lumière de 8 critères choisis

Étude	Critères (voir description ci-dessous)								Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Traitements de groupe spécialisé à cibles multiples									
# 1		√			√	√	√		4
# 2			√	√	√	√	√	√	6
# 3	√				√		√		3
# 4			√	√		√		√	4
# 5		√	√	√	√	√	√	√	7
# 6		√			√			√	3
Traitements à cibles cliniques spécifiques									
# 7			√	√		√			3
# 8				√			√	√	3
# 9	√	√		√	√	√			5
# 10	√		√	√	√	√		√	6
# 11	√	√	√	√	√			√	6
Traitements avec techniques intensives de réduction de l'excitation déviante									
# 12			√		√		√		3
# 13			√		√		√		3
# 14			√			√	√		3
# 15		√			√	√	√		4
# 16	√	√	√	√	√	√		√	7
Cumulatif	5	7	10	9	12	10	9	8	

1. présence d'un devis avec groupe de comparaison
2. échantillon total supérieur à 30 participants
3. plusieurs types de mesures utilisés (entrevue, questionnaire, etc.)
4. plusieurs sources consultées (adolescent, parent, intervenant, etc.)
5. analyses statistiques effectuées
6. participation et/ou abandon documenté(s)
7. intensité du traitement (nombre de sessions + nombre d'heures/semaine) documentée
8. plusieurs types d'effets considérés (changements pré-/post-, satisfaction, atteinte objectifs, etc.)

## **L'analyse des effets des traitements des seize études recensées selon leur spécificité**

### **Traitements de groupe spécialisés à cibles multiples**

Malgré la popularité des traitements de groupe à cibles multiples, six études seulement ont étudié leur efficacité. Au plan méthodologique, toutefois, il importe de souligner la faiblesse de leurs devis de recherche. En effet, une seule étude comporte un devis quasi expérimental avec un groupe de comparaison (Hains et al., 1986), alors que trois ont recours à des devis transversaux (Eastman, 2004; Miner et al., 1997<sup>13</sup>; Sheridan et McGrath, 1999). Ainsi, est-il possible tout au plus de recueillir des données préliminaires sur les points susceptibles d'améliorations chez les adolescents à la suite de leur participation à ce type de groupe. La seule étude à ce jour qui tente d'évaluer la supériorité de cette forme de traitement sur un autre type d'intervention comporte des lacunes méthodologiques importantes et ne nous permet pas de répondre à cette question. De plus, bien que ces traitements proposent généralement des cibles multiples, certaines d'entre elles ne sont pas directement mesurées auprès des adolescents, notamment leurs effets sur *l'état psychologique général* (p. ex. : dépression, anxiété, état psychologique général, etc.) ou sur la *compréhension du cycle de l'agression sexuelle* du jeune. Bien qu'à la modalité de groupe s'ajoutent des volets d'intervention individuelle et familiale, l'intensité de ces modalités additionnelles n'est souvent pas décrite dans les études.

Il y aurait toutefois certaines dimensions de leur personnalité que les participants à ce traitement peuvent améliorer de manière significative. En effet, des gains sont notamment rapportés quant à *l'estime de soi* (Eastman, 2004; Miner et al., 1997) et aux *distorsions cognitives* (Eastman, 2004; Shapiro et al., 2001). Certains gains sont également présents en ce qui a trait aux *comportements* et à certaines *habiletés sociales* (Hains et al.,

---

<sup>13</sup> Rappelons que l'étude de Eastman (2004) et celle de Miner (1997) s'intéressent aux résultats de groupes distincts d'adolescents situés à différentes étapes de leur traitement. Ainsi, les résultats de ces études

1986; Miner et al., 1997), mais ils sont moins convaincants lorsque les intervenants sont la source consultée (Shapiro et al., 2001). Toutefois, il semble plus difficile d'observer des changements à certaines dimensions comportementales associées davantage à des facettes de la délinquance, tel le fonctionnement social ou l'absence de contrôle face à l'influence négative des pairs (Miner et al., 1997; Shapiro et al., 2001). Bien que certaines améliorations soient notées en ce qui a trait aux effets sur le plan des connaissances et attitudes en matière de sexualité (Eastman, 2004; Hains et al., 1986; Kaplan et al., 1991), les résultats sont partagés selon les études. Toutefois, à la lumière des plus rigoureuses sur le plan méthodologique, les gains en matière d'*attitudes face à la sexualité* paraissent plus importants que ceux concernant les connaissances à propos des maladies transmises sexuellement, des modes de contraception, etc.. Cependant, aucune étude ne rapporte une évaluation du suivi de ces différents gains qui ont été mesurés<sup>14</sup>. Enfin, on note une absence de changements en ce qui concerne le jugement moral et le niveau d'empathie (Eastman, 2004; Hains et al., 1986). Aucune détérioration n'est rapportée dans ce type d'études.

L'équipe de Sheridan (Sheridan, McKeown, Sherry, Donohoe, McGrath, O'Reilly, Phelan et Tallon, 1998; Sheridan et McGrath, 1999), dans le cadre de l'évaluation du programme de traitement en externe de Dublin (Northside Inter-agency Project – NIAP), est l'une des rares à avoir eu recours à des mesures d'effets davantage subjectives. Par ailleurs, mentionnons qu'il s'agit d'une étude exploratoire où la démarche méthodologique est présentée de manière imprécise (absence de précisions entourant les moments de mesure et les outils utilisés, de même qu'aucune analyse quantitative comparative ne semble avoir été effectuée, etc.). Le traitement « type » évalué en est un de groupe et à l'externe, à cibles et à modalités multiples, et d'une durée de neuf à 12 mois. Il est évalué grâce à divers indicateurs mesurés auprès de 22 jeunes et de leurs intervenants. Tout d'abord, au moyen d'une échelle d'atteinte d'objectifs, les intervenants estiment que 91 % des participants ont

---

ont à notre avis une portée limitée à titre d'évaluation de changements pré-/post-traitement.

<sup>14</sup> L'étude de Eastman (2004) compare les résultats d'un groupe de 20 adolescents ayant complété le traitement depuis six mois à un groupe de 40 adolescents en début de traitement. Comme il s'agit par ailleurs

vécu des changements cliniques importants, et que chacune des cibles de traitement a été atteinte chez 59 % à 77 % des adolescents. Fait intéressant, dans le cadre de cette échelle, les intervenants évaluent à 68 % la proportion des adolescents ayant atteint l'habileté à identifier et à décrire leur propre cycle de l'agression sexuelle. Puis, toujours selon les intervenants, une évaluation du risque post-traitement démontre que 64 % des jeunes représenteraient un faible risque de récurrence, 27 % un risque élevé et 9 % un niveau de risque inconnu. Parce que plus d'un quart des jeunes représentaient un risque élevé de récurrence sexuelle, les auteurs concluent en soulignant la nécessité de développer des services de soutien post suivi. Pour ce qui est du dernier indicateur d'efficacité, ils notent que les adolescents évaluent généralement leur fonctionnement actuel (travail, relations familiales et autres) comme très satisfaisant.

Toujours afin d'illustrer les résultats obtenus au moyen d'autres types de mesure d'efficacité, l'équipe de Miner (1997) s'est penchée cette fois sur la généralisation des apprentissages dans le milieu de vie des adolescents. L'utilisation de cette mesure était facilitée par le fait que l'étude prenait place en milieu résidentiel, permettant ainsi les observations directes de plusieurs intervenants. Les auteurs évaluent que ce traitement favorise l'autonomie en matière de gestion des conflits. De plus, une entrevue auprès des adolescents à la fin de leur séjour révèle qu'ils se disent plus aptes à identifier les situations qui les mettent davantage à risque de récidiver, capacité développée dans le cadre d'un des objectifs du traitement liés à une meilleure compréhension du cycle de l'agression sexuelle et au développement d'un plan de prévention de la récurrence.

Enfin, pour des périodes de suivi variables (de 1 à 5 ans), les taux de récurrence non sexuelle et sexuelle sont comparables à ceux mentionnés dans la littérature, allant, selon les trois études et les différents critères retenus, de 27 % à 38 % (récurrences non sexuelles) et de 0 à 8 % (récurrences sexuelles).

---

d'une comparaison de deux échantillons distincts, nous ne parlerons pas ici de maintien des gains.

La question de savoir si les traitements de groupes à cibles multiples sont plus efficaces qu'une autre forme de traitement, ou que l'absence de traitement, demeure peu explorée. On dénombre une seule étude avec plus d'un groupe qui présente, de prime abord, un certain intérêt. Cette étude a recours à un devis comportant un premier groupe contrôle de huit jeunes en liste d'attente et un groupe expérimental, constitué de neuf autres qui participent à un traitement résidentiel (Hains et al., 1986). Il s'agit d'un traitement de sept semaines dont les cibles visées sont principalement liées à la sexualité (connaissances – 3 sessions; et attitudes – 4 sessions) et à la résolution de problèmes (2 sessions). Les chercheurs concluent hâtivement à un effet de traitement, à savoir que les gains seraient significativement supérieurs pour les adolescents participant au traitement de groupe que pour les autres en attente de traitement. Par ailleurs, un examen attentif de la procédure entourant l'analyse des données (manipulations des statistiques et élimination de sujets problématiques) ne nous permet pas d'aller dans le même sens que les auteurs et nous oblige plutôt à nous rallier à la première conclusion qu'ils ont évoquée brièvement, soit, qu'ainsi mesuré le traitement ne semble pas plus efficace qu'une absence de traitement.

### **Traitements à cible(s) clinique(s) spécifique(s)**

Cette section présente en premier lieu les *divers* traitements à cibles cliniques spécifiques et, en second lieu, les traitements *systemiques*.

#### *Traitements à cibles cliniques spécifiques*

Trois études s'intéressent à des traitements à l'externe non spécialisés pour les agresseurs sexuels, comportant chacun cette fois non pas différents types de cibles visées, mais plutôt une cible spécifique, telle que les *habiletés sociales* (Graves et al., 1992), la *sexualité* (Laforest et Paradis, 1990) ou la *gestion du stress* par la méditation et le yoga (Derezotes, 2000). Sur le plan méthodologique, seule l'étude de Graves et al. (1992) comporte un groupe de comparaison. Ainsi, à la lumière de cette étude, il sera possible de se prononcer sur la pertinence de l'ajout à des services traditionnels (modalités non

précisées) d'un entraînement spécifique aux habiletés sociales. Cette réflexion ne sera pas possible cependant pour les deux autres dimensions (sexualité et gestion du stress) compte tenu des devis des études qui les ont prises en considération (études sans groupe de comparaison). De plus, ces dernières études n'ont pas eu recours à des tests statistiques dans l'analyse de leurs résultats.

En premier lieu, il semble que les adolescents qui participent à un entraînement intensif et spécifique de neuf semaines visant le développement de compétences sociales (en plus de recevoir des services traditionnels) s'améliorent sur plusieurs points ciblés (p. ex. : capacité à donner du « feedback », de résister à la pression des pairs, à suivre des instructions, etc.). De plus, ces gains sont significativement plus importants que ceux des jeunes qui participent à un groupe non directement orienté vers le développement d'habiletés sociales (Graves et al., 1992). L'utilité d'un entraînement spécifique aux habiletés sociales semble ici démontrée. Par ailleurs, les résultats sont moins probants en ce qui a trait à la *généralisation* de ces acquis mesurée dans des situations diverses. En effet, ainsi que l'ont rapporté les adolescents et leurs parents, des améliorations auraient été observées sur le plan de *la communication entre parents et adolescents* chez les dix-huit adolescents du groupe expérimental, alors que les gains ne semblaient pas plus importants pour ce groupe en ce qui a trait à la résolution de problèmes entre parents et adolescents. De manière générale, les parents évaluent moins favorablement les gains que leurs adolescents. Enfin, les adolescents ayant reçu l'entraînement aux habiletés sociales s'améliorent significativement du point de vue de la *perception de l'image personnelle*, plus que ceux qui n'ont pas reçu cet entraînement, notamment en ce qui concerne la perception de leur popularité face à leurs pairs.

En second lieu, il semblerait à nouveau que les gains en ce qui a trait aux *attitudes* en matière de sexualité soient plus importants que ceux relatifs aux *connaissances* en ce domaine et ce, même à la suite d'une participation à un traitement psychoéducatif d'une douzaine de rencontres portant spécifiquement sur ces aptitudes. Laforest et Paradis (1990)

présentent en effet de tels résultats à la lumière d'une évaluation d'un traitement québécois, traitement dispensé au Centre de services sociaux de Québec (aujourd'hui nommé « Centres jeunesse »), auquel a participé un groupe de six adolescents. La portée des résultats est toutefois limitée (petit nombre de participants, peu d'informations entourant l'instrument de mesure non standardisé utilisé, absence de groupe de comparaison), vu l'incapacité de les comparer à ceux d'une autre forme de traitement. Enfin, toujours sur ce point, mentionnons brièvement les travaux de Derezotes (2000) qui fait état de manière qualitative et descriptive des effets d'un traitement ayant recours au yoga et à la méditation et visant la réduction de l'anxiété. Cette étude rapporte généralement des résultats positifs pour bon nombre de jeunes quant à plusieurs dimensions de leur fonctionnement général (moins de stress, meilleur contrôle de sentiments négatifs tels la colère, aide dans la prévention de la récidive, etc.), en utilisant une entrevue maison auprès des adolescents, de leurs parents et des intervenants. Rappelons à nouveau que ces résultats ne peuvent être comparés à une autre forme de traitement.

### *Traitements systémiques*

Deux études évaluent l'apport d'une *dimension familiale* dans le traitement offert aux adolescents agresseurs sexuels (Borduin et al., 1990; Borduin et al, 2000 – cité dans Borduin et Schaeffer, 2000; Borduin et al., 2003 – cité dans Borduin, 2004a; Campbell et al., 1992). Il s'agit de deux études importantes dans la mesure où, sur le plan méthodologique, elles se distinguent de l'ensemble des études recensées par leur plus grande robustesse et par le fait qu'elles comportent toutes deux des devis de recherche avec un groupe de comparaison. Toutes deux ajoutent aussi des données liées à la récidive. De plus, sur le plan théorique, alors que plusieurs spécialistes soutiennent que l'intervention auprès de la famille constituerait un élément-clé dans le traitement des adolescents agresseurs sexuels, peu de chercheurs ont tenté de mesurer l'importance de ce facteur.

À la lumière de ces deux études, on constate en premier lieu qu'à la suite d'une intervention impliquant la famille, plusieurs améliorations sont notées entre les moments où

sont effectuées les mesures, notamment en ce qui a trait au *fonctionnement familial*, à certains *symptômes* et aux *risques de récurrence*. Il ressort toutefois que l'implication de la famille dans le traitement ne semble pas une condition suffisante pour favoriser les améliorations de manière significative si on compare ce traitement à un autre n'impliquant pas les membres de la famille (Campbell et al., 1992). Par ailleurs, lorsque le traitement implique, en plus des parents, l'ensemble du « système » (professeurs, pairs, etc.), les améliorations seraient significativement plus grandes que celles observées à la suite de services traditionnels en individuel (Borduin et al., 1990).

Il importe de souligner que les deux traitements évalués, bien que s'inscrivant chacun dans une approche dite *systémique*, diffèrent grandement dans leur application. L'étude de Campbell et al. (1992) évalue le programme canadien *Marymound Model* offert par le Family Resource Center de Winnipeg. Il s'agit d'une approche de traitement très structurée et intensive, qualifiée de « séquentielle », c'est-à-dire que chacune des composantes du traitement (rencontres individuelles, groupe pour adolescents, groupe pour parents, rencontres familiales, etc.) est introduite selon une séquence et une durée pré-établies.<sup>15</sup> Campbell et ses collègues comparent leurs résultats aux premiers résultats obtenus par l'équipe de Borduin en 1990 et rappellent eux-mêmes l'importance de distinguer les deux approches de traitement évaluées. En effet, les premiers travaux de Borduin et al., rapportés, pour leur part, dans le *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* et largement cités par la suite (1990), évaluent une approche davantage « écologique » qualifiée cette fois de « *multisystémique* ». Le modèle de Borduin propose une intervention qui aborde non seulement la dimension familiale, mais

---

<sup>15</sup> Le traitement proposé comporte 3 phases distinctes : 1. Phase évaluative (du 1<sup>er</sup> au 4<sup>ème</sup> mois); 2. Phase d'ajustement (du 5<sup>ème</sup> au 12<sup>ème</sup> mois); et 3. Phase adaptative (du 13<sup>ème</sup> au 18<sup>ème</sup> mois). Chacune de ces phases comprend un nombre fixe de rencontres : *Phase 1* - 2 rencontres d'accueil, 10 rencontres individuelles pour l'adolescent et 4 rencontres familiales; *Phase 2* - 28 rencontres de groupe pour l'adolescent, 28 rencontres de groupe pour les parents, 8 rencontres individuelles pour l'adolescent et 10 rencontres de groupe offertes aux membres de la fratrie; *Phase 3* - 16 rencontres familiales, suivies de 8 rencontres individuelles pour l'adolescent.



également la situation de l'adolescent agresseur sexuel en interaction avec les pairs, le voisinage et le milieu scolaire.

Plus précisément, l'étude de Campbell et al. (1992) compare 15 jeunes qui ont complété un traitement de 18 mois (incluant des sessions en individuel et de groupe) à neuf autres ayant suivi cette fois un traitement identique, mais auquel s'ajoute une intervention familiale (sessions familiales, rencontres de groupe auprès des parents ou de la fratrie, etc.). Les deux groupes ont été préalablement comparés selon plusieurs variables au moyen de divers tests standardisés et non standardisés, bien que la forme d'assignation à l'une ou l'autre des conditions ne soit pas claire. Toutefois, comme le précisent les auteurs, selon les besoins, certains jeunes sont passés du groupe sans traitement familial à un traitement familial, il appert que l'assignation n'était pas aléatoire. Il demeure que le devis de cette recherche est intéressant car, en plus d'inclure un groupe de comparaison, il comporte plusieurs sources de mesure : récidive, mesures multiples pré- et post- intervention de même que deux études de cas cliniques. Plusieurs dimensions ont été mesurées en lien avec l'ajustement psychologique, les habiletés sociales et le risque de récidive. Les jeunes de chacun des groupes se sont, de manière générale, significativement améliorés en regard aux diverses dimensions considérées (réduction de l'affect dépressif et du risque de récidive, meilleur fonctionnement familial pour les jeunes du groupe avec intervention familiale, etc.); par ailleurs, ces derniers ne se sont pas significativement plus améliorés que ceux du groupe de comparaison. De surcroît, les neuf jeunes ayant poursuivi le traitement complété par la composante familiale font preuve à la suite du traitement, de plus de distorsions cognitives et d'un plus grand sentiment de solitude. L'étude de Campbell et al. (1992) ne démontre toutefois pas une supériorité réelle de l'efficacité d'une intervention incluant la famille comparativement à un traitement sans cette dimension. Globalement, les participants se sont montrés très satisfaits des services reçus (68 %). Pour ce qui est de la récidive, les données recueillies auprès des thérapeutes et des sources policières, dans le cadre d'une période de suivi de 18 mois post-traitement, ne présentent pas de différences entre les deux groupes (8 % de récidive sexuelle pour chacun des deux groupes).

L'étude de Borduin et al. (1990), discutée précédemment, se distingue de celle de Campbell et al. non seulement parce qu'elle examine une forme de traitement distincte, mais aussi parce qu'il s'agit d'une étude ayant recours à une assignation aléatoire à l'une ou l'autre des conditions expérimentales. Lors de leur étude largement citée dans les recensions antérieures, Borduin et al. (1990) ont d'abord comparé huit adolescents agresseurs sexuels participant à un traitement d'approche multisystémique (intervention en dyades, intervention conjugale, intervention scolaire, etc.) d'une durée variable (un à sept mois) à huit adolescents agresseurs sexuels participant à un traitement éclectique individuel (de trois à neuf mois), tous deux offerts en milieu externe. La durée du traitement est variable, notamment parce que certains jeunes n'ont pas complété le traitement, autant dans le groupe expérimental ( $n = 3$ ) que dans le groupe de comparaison ( $n = 3$ ); les jeunes n'ayant pas complété le traitement ont été toutefois rejoints lors du suivi. Les résultats, par la seule comparaison des indices de récidive sexuelle ou non sexuelle, favorisent de manière significative l'intervention multisystémique en ce qui a trait à la récidive sexuelle (13 % expérimental et 75 % de comparaison). La différence n'est toutefois pas significative en ce qui a trait à la récidive non sexuelle (25 % vs 50 %). Les mesures de récidive ont été retracées via les données juridiques sur une période de suivi variant de 21 mois à quatre ans. La portée de ces résultats est toutefois limitée par le fait que les deux groupes n'ont pas été au préalable comparés (ou que de telles données n'ont pas été rapportées), par le très petit nombre de participants et par le recours à des périodes de suivi de durées variables.

Dans le cadre de la présente recension, ce sont les travaux ultérieurs de l'équipe de Borduin, Schaeffer et Heiblum (2000 et 2003), dont on peut avoir un aperçu par le biais d'un *Progress Report* (Borduin et Schaeffer, 2001)<sup>16</sup> et aussi d'une présentation accessible sur le Web (Borduin, 2004a), qui présentent ici un intérêt évident par l'ajout, à l'indice de récidive, de divers indicateurs cliniques. En effet, on peut y lire que cette équipe a poursuivi

---

<sup>16</sup> Un échange par courrier électronique avec M. Borduin (2 juillet 2005) a permis de clarifier que les résultats exhaustifs de ces travaux subséquents seraient soumis pour publication prochainement. Une présentation scientifique, qui expose un aperçu des résultats, est par ailleurs disponible sur le Web (Borduin,

ses recherches dans le cadre des vastes travaux du *Missouri Delinquency Project* (qui regroupe divers organismes du réseau social et de santé, tant universitaires que juridiques se penchant sur l'évaluation de l'intervention multisystémique auprès de diverses clientèles) et des données sont actuellement disponibles pour un échantillon de 48 adolescents agresseurs sexuels divisés en deux groupes équivalents. Ainsi, 24 auraient participé à l'intervention multisystémique d'une moyenne de 30 semaines et les autres, à une approche individuelle traditionnelle. Dans le cadre de ces travaux plus récents, il semblerait que les deux groupes se distinguent significativement en ce qui a trait à divers indices cliniques par les résultats plus favorables obtenus auprès du groupe expérimental, composé des jeunes ayant participé à l'intervention multisystémique (*réduction* de comportements problématiques, de symptômes divers, de fréquentations avec des pairs délinquants; *augmentation* de la cohésion familiale et du rendement scolaire). De plus, durant l'année qui a suivi la référence, les jeunes du groupe expérimental (multisystémique) ont été placés, quand cela s'imposait, pour une plus courte période que ceux du groupe de comparaison, ce qui entraîne des coûts moindres. Enfin, à la suite d'une période de suivi de neuf ans, les pourcentages de récidives sexuelles ont été significativement plus bas pour les jeunes ayant participé au traitement multisystémique (29 %) que pour les autres (63 %).

Comme ce ne sont que les résultats préliminaires de cette étude qui sont publiés, il demeure que peu d'informations précises sont actuellement disponibles à propos des caractéristiques de l'échantillon, des instruments utilisés et du traitement dispensé. Toutefois, comme les travaux de ce groupe de chercheurs sont fréquemment cités à titre de référence dans ce secteur de recherche, il paraissait intéressant d'en faire mention. À noter également que les chercheurs de ce groupe soulignent qu'une étude a pris place à Chicago depuis septembre 2003 auprès de 160 adolescents agresseurs sexuels assignés de manière aléatoire à des traitements multisystémiques ou traditionnels (Borduin, 2004a).

---

2004a) et a été utilisée pour la présente thèse.

### *Traitements avec techniques intensives de réduction de l'excitation déviante*

Les résultats liés à l'efficacité des techniques de réduction de l'excitation déviante s'appuient sur cinq études recensées, dont une réalisée à l'aide d'un devis expérimental (Weinrott et al., 1997). Parmi ce type d'études, leurs particularités méthodologiques colorent par ailleurs la portée des résultats obtenus. En effet, trois d'entre elles comportent des échantillons avec des caractéristiques spécifiques (p. ex. : âge et sexe des victimes), ce qui permet de lier celles-ci à certains effets des techniques utilisées. De plus, alors que quatre études évaluent ces techniques auprès de jeunes qui reçoivent simultanément une autre forme de traitement (groupe spécialisé, rencontres individuelles ou familiales, etc.), aucune n'en documente l'intensité. C'est pourquoi nous ne pouvons exclure la possibilité que les améliorations observées découlent de l'ensemble des modalités d'intervention, et non strictement du recours à des techniques aversives. Enfin, bien que plusieurs types de mesures soient souvent utilisés, la plupart de ces études se limitent aux résultats obtenus au moyen du pléthysmographe.

À la lumière de ces cinq études, il appert que chercher à réduire le niveau d'excitation déviante des adolescents agresseurs sexuels au moyen de techniques de réduction de l'excitation déviante (restructuration cognitive, techniques non aversives de *satiation* ou aversives telles les techniques de *sensibilisation*) peut donner des résultats, du moins chez certains d'entre eux. En effet, toutes ces études rapportent à des degrés divers une réduction statistiquement ou cliniquement significative de l'excitation déviante entre les différents moments de mesure pour plusieurs jeunes des échantillons étudiés. Il est intéressant de noter aussi que deux de ces études rapportent qu'en l'absence de traitement (attente de traitement), on ne constate pas un tel effet. Une de ces deux études, celle de Weinrott et al. (1997), évaluant spécifiquement la technique aversive de sensibilisation vicariée, est particulièrement intéressante, notamment pour ses qualités méthodologiques. En effet, cette étude comporte un devis de recherche expérimental (étude avec groupe *contrôle en attente* de traitement constitué de manière aléatoire) et un échantillon de taille

plus élevée ( $n = 69$ ). Elle nous permet d'attribuer la réduction de l'excitation déviante, non seulement au simple passage du temps, mais au recours à la technique de sensibilisation vicariée.

En effet, par le recours à cette technique aversive novatrice, Weinrott et al. (1997) notent une réduction significative de l'excitation déviante pour les 35 adolescents soumis à trois mois de traitement, de même qu'un maintien des gains mesurés à nouveau trois mois plus tard. Par contre, les 34 adolescents du groupe contrôle n'ont connu aucun changement quant à leur niveau d'excitation déviante lors de leurs trois mois d'attente, alors qu'une amélioration significative ultérieure est apparue après trois mois d'utilisation de cette technique. Les jeunes étaient évalués non seulement au moyen de la pléthysmographie mais aussi au moyen d'une mesure auto-rapportée des intérêts sexuels. Parce que certains praticiens soulèvent la possibilité que le recours à des techniques aversives puisse affecter l'estime de soi des jeunes, les chercheurs ont aussi évalué cette dimension. Ils observent plutôt, chez les deux groupes, une amélioration du niveau d'estime de soi. De plus, un sondage auprès des participants et de leurs parents démontre une satisfaction générale en ce qui a trait à la pertinence de cette technique.

Par le biais d'échantillons spécifiques, certains chercheurs ont tenté de mesurer s'il y avait des caractéristiques se rapportant aux adolescents, ou aux gestes posés, qui favoriseraient la réponse à ces techniques. Becker et al. (1988) suggèrent que les adolescents qui agressent des victimes de sexe masculin répondraient mieux à un traitement visant la réduction de l'excitation déviante, traitement incluant notamment des techniques de satiation verbale et de sensibilisation voilée. En effet, ils observent que les améliorations rencontrées chez les adolescents ayant agressé des filles ne sont pas statistiquement significatives, contrairement à ceux ayant agressé de garçons. Toutefois, Hunter et Santos (1990) rapportent pour leur part, que l'administration d'un traitement similaire aux jeunes, peu importe qu'ils aient agressé des victimes de sexe féminin ou masculin, aurait donné des améliorations statistiquement significatives. De plus, Hunter et Goodwin (1992), au moyen

d'analyses de régressions multiples, constatent que ce sont les adolescents plus âgés qui répondraient davantage aux techniques de réduction d'excitation déviante. Ce dernier résultat va aussi dans le sens des observations cliniques de Kaplan et al. (1993) qui constataient que les techniques non aversives semblent moins efficaces chez les plus jeunes adolescents.

Bien que ces études rapportent toutes des effets positifs chez bon nombre de sujets, il importe de souligner que certains jeunes ne semblent pas bénéficier de ces techniques. En effet, si Hunter et Goodwin (1992) constatent une réduction de l'excitation déviante pour 27 des jeunes de l'échantillon à la suite de six et de neuf mois d'intervention, il demeure que l'excitation déviante de près du tiers des adolescents étudiés n'a connu aucune réduction à la suite de six mois de techniques de satiété verbale et de sensibilisation voilée, de même qu'à la suite de l'ajout de trois mois de satiété en laboratoire. En plus de l'observation de cette absence d'effet pour ces jeunes, les chercheurs notent après neuf mois d'intervention un effet indésirable, soit une tendance à une suppression des désirs appropriés. À noter que cet effet indésirable n'apparaît pas toujours car Hunter et Santos (1990) avaient précédemment observé un maintien de l'excitation non déviante pour l'ensemble des 27 jeunes de leur échantillon au terme de leur intervention, qui, toutefois, n'a duré que deux mois.

## **En résumé**

À propos de l'efficacité des traitements, cette recension met en lumière deux points particulièrement importants compte tenu des objectifs de la présente thèse. Il s'agit de leurs effets directs sur les adolescents et de l'impact variable de leurs diverses modalités. D'une part, l'analyse des 16 études recensées démontre que les adolescents qui participent à une forme de traitement s'amélioreront du point de vue de diverses dimensions cliniques. Parmi les effets les plus fréquemment rencontrés, notons la présence de gains en ce qui a trait à *l'estime et la perception de soi*, *aux attitudes par rapport à la sexualité* et à certains *comportements problématiques*. Des effets positifs sont également mesurés sur le plan de la

*réduction de l'excitation déviante* au moyen de techniques spécifiques, notamment celle de la sensibilisation vicariée. Des améliorations sont aussi possibles au plan du *fonctionnement familial* de même qu'en ce qui a trait à la présence de *sentiments dépressifs*. Toutefois, les effets sur d'autres symptômes liés à l'état psychologique (p. ex. : anxiété, stress post-traumatique, etc.) ont été peu explorés. De plus, les gains entourant une meilleure compréhension du cycle de l'agression sexuelle, cible présente pourtant dans plusieurs traitements de groupe spécialisés, n'ont pas été objectivement mesurés.

D'autre part, l'efficacité d'un traitement de groupe spécialisé à cibles multiples en comparaison à une autre forme de traitement (ou à l'absence de traitement) n'a pas été à ce jour démontrée. Il n'y a eu qu'une seule tentative en ce sens (Hains et al., 1986), qui n'a malheureusement pas su en faire la démonstration. Par ailleurs, l'ajout de plusieurs sessions consacrées à un entraînement particulier aux habiletés sociales spécifiques semble favoriser les apprentissages de ces habiletés, mais non nécessairement leur généralisation dans la vie de tous les jours des adolescents. De plus, l'ajout de rencontres familiales à d'autres modalités de traitements ne semble pas une condition suffisante pour l'obtention de gains variés plus importants que ceux apportés par ces seules autres modalités (groupe et rencontres en individuel). Cependant, une approche multisystémique, impliquant d'autres acteurs en plus des parents, semble favoriser des gains et des apprentissages multiples plus importants comparativement à une approche traditionnelle.

Un apport notable de la présente recension est qu'elle s'appuie sur près de trois fois plus d'études (comportant des mesures d'effets cliniques autres que le seul indice de récurrence) que les recensions antérieures et documente davantage les traitements présentés et leur implantation. De surcroît, cette recension permet de mettre davantage en relief le fossé qui existe actuellement entre, d'un côté, la prolifération des traitements de groupe spécialisés offerts aux adolescents et, de l'autre, une absence de connaissances réelles entourant l'efficacité objective des différentes facettes de ces traitements. L'absence de connaissances est encore plus criante en ce qui concerne les traitements de groupe

spécialisés en externe; ces traitements, davantage « holistiques », ont connu leur essor à la suite des recommandations du NAPN (1993) et de l'ATSA (1997). Malgré le fait que plus de travaux ont été ici recensés, leurs limites demeurent généralement les mêmes que celles précédemment rapportées, soit, pour ne nommer que les deux principales, le recours à un devis de recherche sans groupe de comparaison et à de petites tailles d'échantillons.

## Objectifs et hypothèses de la thèse

Dans le prolongement de la recension précédente, l'**objectif principal** de cette thèse de doctorat est d'évaluer l'efficacité (au moyen de plusieurs indicateurs cliniques tirés de diverses échelles auto-rapportées) d'un programme de traitement de groupe spécialisé pour les adolescents agresseurs. Il s'agit d'un traitement de groupe à cibles multiples auquel s'ajoutent, au besoin, des services dits « traditionnels » en individuel ou en familial <sup>17</sup> (groupe expérimental).

Les résultats notés seront comparés à ceux d'un autre groupe (groupe de comparaison) constitué cette fois d'adolescents ne participant pas à ce traitement spécialisé (ni à tout autre traitement de groupe spécialisé). Ces adolescents reçoivent plutôt que des services dits « traditionnels » (ou encore, aucun service, parce qu'en attente de services à l'extérieur des centres jeunesse)<sup>18</sup>.

Les deux hypothèses qui découlent de cet objectif principal sont les suivantes :

---

<sup>17</sup> Encore une fois, l'appellation « services traditionnels » fait ici référence aux *modalités* d'intervention individuelles et/ou familiales, donc à des modalités *autres* que celles prenant la forme de groupes spécialisés. En centre jeunesse, des services qualifiés de « traditionnels » peuvent être menés en externe par un intervenant (délégués LPJ ou JC) dans l'un des points de services, de manière ponctuelle ou suivie, ou encore, menés en centre d'accueil, mais de contenu non spécifique à l'agression sexuelle. L'entente avec les Centres jeunesse de la Montérégie stipulait que cette organisation des services (absence d'intervention de groupe spécialisé) allait être maintenue pendant la durée de la recherche. Ainsi, les « services traditionnels » ne représentent pas une forme de services définie, mais bien un ensemble fort *variable* d'un adolescent à un autre.

<sup>18</sup> À noter qu'il y avait « absence de services » lorsqu'un jeune était référé à l'extérieur, ce qui entraînait alors la fermeture du dossier. Si le dossier d'un jeune était fermé, il était retenu pour la présente étude que si



1. les adolescents des deux groupes (expérimental et de comparaison), qui reçoivent tous deux des services en centres jeunesse, s'amélioreront quant aux diverses dimensions mesurées;

2. toutefois, les adolescents ayant participé au traitement de groupe structuré (groupe expérimental) s'amélioreront davantage (c.-à-d. présenteront plus de gains statistiquement significatifs) que les adolescents n'ayant reçu que les services « traditionnellement » offerts dans les centres jeunesse (groupe de comparaison).

Par ailleurs, cette thèse comporte aussi deux **objectifs qualifiés de secondaires** qui tiennent davantage aux exigences de ce genre d'entreprise en ce qui a trait à la description de ses composantes. En effet, la recension des écrits a mis en lumière le fait que peu d'études à ce jour se sont intéressées aux processus entourant l'*implantation* des traitements évalués, alors que les travaux les plus récents dans le domaine de l'évaluation de programme en soulignent l'importance. De surcroît, selon certains chercheurs, vouloir mesurer les effets d'un traitement serait inconcevable sans porter au préalable, ou simultanément, une attention particulière à l'implantation de celui-ci (Rossi et Freeman, 1993; Trochim, 2006). Utilisée conjointement avec l'analyse de l'efficacité d'un traitement, l'évaluation de l'implantation permet de préciser davantage les résultats (Tourigny et Dagenais, 1998). Toutefois, chercher à marier ces deux efforts (évaluation de l'implantation et des effets) demeure un défi de taille. Malgré cette difficulté, il a été choisi, avant de se pencher sur l'efficacité de l'intervention de groupe, d'avoir : 1. un aperçu de l'implantation de l'étude (description de la participation des adolescents et description des services reçus); 2. un aperçu de la clientèle à qui ce traitement s'adresse.

En premier lieu, les deux objectifs secondaires seront discutés :

### **Objectif 1 : Présenter quelques données d'implantation de l'étude**

#### **1.1 Décrire le traitement de groupe offert aux jeunes du groupe expérimental**

---

les services reçus à l'extérieur étaient documentés et conformes avec ceux offerts au groupe de comparaison.

1.2 Décrire les services traditionnels reçus par les jeunes du groupe de comparaison

**Objectif 2 : Décrire la clientèle des services offerts**

2.1 Décrire les principales caractéristiques sociodémographiques et familiales, de l'histoire personnelle de l'adolescent et des gestes posés;

Par la suite, les différents volets de l'objectif principal seront présentés :

**Objectif 3 : Décrire les effets du traitement**

Mesurer les effets du programme de traitement de groupe structuré (TIAAS). Pour ce faire :

- 3.1 Présenter les changements « statistiques » de *variables multiples* directement liées aux objectifs du traitement. Ces variables (55 variables dépendantes) feront l'objet de mesures *pré-post* traitement;
- 3.2 Comparer les effets des deux groupes quant aux changements « statistiques »;
- 3.3 Présenter les changements « cliniques », lorsque disponibles, obtenus au pré et post traitement;
- 3.4 Présenter le niveau d'atteinte des différents objectifs du traitement;
- 3.5 Présenter le niveau de satisfaction rapportée par les participants.

## Chapitre 2 – Méthodologie

### Devis de recherche

Le devis de recherche est un plan quasi expérimental comportant un groupe expérimental ( $n = 54$ ) et un groupe de comparaison ( $n = 19$ ). Le groupe expérimental est constitué d'adolescents agresseurs sexuels recevant tous des *services de groupe structuré* en centres jeunesse (aux Centres jeunesse de Lanaudière et à ceux de la Mauricie Centre-du-Québec) et, au besoin, des *services traditionnels*<sup>19</sup>. Les adolescents agresseurs sexuels qui constituent le groupe de comparaison ne reçoivent cette fois que les services dits *traditionnels* (ou absence de services) dans un autre centre jeunesse (aux Centres jeunesse de la Montérégie).<sup>20</sup> Le devis de recherche comporte deux temps de mesure (pré-post traitement).

### Participants

#### Recrutement

Avant d'amorcer le recrutement, nous avons entrepris des démarches auprès des directeurs généraux des centres jeunesse afin que soit assurée la collaboration des intervenants à l'étude (p. ex. : soutien technique tel la disponibilité de locaux et outils spécifiques, dégrèvement d'intervenants pour la passation d'instruments et la participation à des rencontres hebdomadaires, etc.). Des rencontres de formation ont eu lieu avec

---

<sup>19</sup> Le fait que le groupe expérimental reçoive également des services traditionnels rend plus difficile l'évaluation de l'apport spécifique du traitement de groupe. Pour augmenter la validité interne de l'étude, une mesure des services traditionnels reçus est prévue afin de mieux connaître l'ampleur de ceux-ci et de permettre d'en évaluer les impacts.

<sup>20</sup> Comme les adolescents des Centres jeunesse de Lanaudière et ceux des Centres jeunesse de la Mauricie Centre-du-Québec étaient, en grande majorité, référés au traitement de groupe structuré (groupe expérimental), il fallait que les adolescents qui constitueraient le groupe de comparaison proviennent d'un autre centre jeunesse pour lequel de tels services n'étaient pas offerts.

l'ensemble des intervenants concernés afin de leur présenter des informations spécifiques au sujet du déroulement de l'étude et des instruments de mesures utilisés.

La collecte de données s'est échelonnée sur 50 mois (durée incluant les deux temps de mesure : pré et post traitement), soit de mai 1999 à juillet 2003. C'est au moment de leurs références aux équipes « évaluation/orientation » ou « application des mesures » que les adolescents étaient identifiés comme des participants potentiels à l'étude.<sup>21</sup>

Pour être admissibles, tant pour une participation au groupe expérimental qu'au groupe de comparaison, les adolescents devaient répondre aux six critères suivants : 1) l'adolescent est de sexe masculin et est âgé entre 11 et 18 ans; 2) il ne présente pas de déficience intellectuelle moyenne ou sévère. Le jeune avec une déficience légère peut toutefois être retenu; 3) il a commis une agression sexuelle (c.-à-d. un geste avec ou sans touchers physiques – voyeurisme, exhibitionnisme, attouchements digitaux ou oraux, formes de pénétrations diverses, etc.) sur des enfants, des pairs et/ou des adultes. Les agressions peuvent avoir eu lieu dans un contexte intra ou extrafamilial; 4) les gestes posés doivent être reconnus « fondés »; 5) l'adolescent doit reconnaître (ou avoir reconnu au moins en partie) les agressions sexuelles commises; 6) il doit être admis dans le système des centres jeunesse (c.-à-d. doit recevoir des services) depuis six mois ou moins. En plus de ces six critères, les adolescents du groupe de comparaison ne devaient pas être référés à des services de traitement de groupe de la Clinique de psychiatrie légale de Montréal (CPLM) de l'Institut Pinel. D'une part, parce que soumettre ces jeunes à une évaluation faite par cette clinique externe en plus de celle ici proposée, devenait trop lourd et, d'autre

---

<sup>21</sup> Dans le cadre du fonctionnement des centres jeunesse du Québec, les références à propos des jeunes suivent une trajectoire précise à partir de l'ouverture du dossier jusqu'à la fermeture de celui-ci : 1) réception et traitement des signalements; 2) évaluation-orientation; 3) application des mesures. Afin de maximiser le nombre d'adolescents référés pour l'étude (sachant que constituer un groupe de comparaison représentait un défi de taille), il a été convenu que les jeunes du groupe de comparaison (territoire de la Montérégie) en processus « d'évaluation-orientation » (c.-à-d. avant d'être dirigés vers les équipes « application des mesures »), puissent être référés au projet de recherche. Pour ce qui est du groupe expérimental, les adolescents étaient référés à l'étude au moment de l'application des mesures (c.-à-d. au moment d'être référés en traitement).

part, parce que la CPLM offre des services de groupe similaires à ceux évalués dans le groupe expérimental.<sup>22</sup>

La participation à la recherche (aux deux temps d'évaluation) était volontaire (voir modèle de Formulaire de consentement en Annexe 1). Ainsi, il était bien expliqué au jeune qu'il était libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude sans que son refus n'intervienne dans la relation entretenue avec ses intervenants, ni quant à sa participation au traitement. Les règles d'éthique relatives au consentement libre et éclairé, au refus ou à l'arrêt de participation à la recherche ainsi que celles relatives à la confidentialité des données ont été respectées (nécessité ou non d'obtenir le consentement des parents selon que le jeune est âgé de 14 ou moins ou plus de 14 ans). Les adolescents ont été informés du fait que les intervenants allaient obtenir un rapport clinique d'évaluation. Les participants ont de plus été informés de l'obligation (LPJ) du personnel de recherche ainsi que des intervenants, de signaler au Directeur de la protection de la jeunesse toute situation où ils estiment qu'il y a un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement de l'enfant puissent être compromis au sens de cette loi. Les participants étaient informés aussi qu'ils recevraient par le courrier un certificat-cadeau d'une valeur de 15 dollars, échangeable dans les magasins de disques HMV, au moment où ils auraient complété l'ensemble de l'évaluation (c.-à-d. l'ensemble des 13 questionnaires post-traitement).<sup>23</sup>

## **Échantillon retenu**

Au total, 105 jeunes ont été identifiés comme participants potentiels à l'étude. De ces jeunes, 73 ont été retenus et répartis dans les deux groupes de l'étude (voir Tableau 5

---

<sup>22</sup> Toutefois, si l'évaluation demandée à la CPLM n'avait pas eu lieu (pour cause d'un refus de l'adolescent agresseur sexuel d'y participer, ou encore, par manque de disponibilité de la CPLM), les adolescents étaient référés au projet de recherche.

<sup>23</sup> La décision de remettre un certificat-cadeau aux jeunes qui compléteraient la batterie de questionnaires associée aux deux moments de mesure (pré-post traitement) a été prise en cours de la collecte de données, devant la difficulté de recruter les jeunes du groupe de comparaison. Les formulaires de consentement ont été modifiés en conséquence (voir Annexe 1). Toutefois, nous avons remis par la poste un certificat-cadeau à tous les participants ayant rempli cette condition, qu'ils aient ou non été informés au préalable de cette

pour trajectoire des cas) parce qu'ayant complété les deux moments de mesure (pré-post traitement). Le groupe expérimental est composé de 54 adolescents agresseurs sexuels répartis en huit cohortes (de quatre à dix participants par cohorte). Ceux-ci ont suivi le traitement de groupe dans les Centres jeunesse de Lanaudière et de la Mauricie Centre-du-Québec. Le groupe de comparaison comporte quant à lui 19 adolescents agresseurs sexuels qui proviennent des Centres jeunesse de la Montérégie et qui reçoivent des services traditionnels.

Tableau 5 – Trajectoire des AAS : de l'identification à l'échantillon final retenu

<b>AAS IDENTIFIÉS AU DÉPART : N = 105</b>	
<b>GROUPE EXPÉRIMENTAL : 68 AAS</b> Provenance : 58 AAS des CJ Mauricie Centre du Québec 10 AAS des CJ Lanaudière	<b>GROUPE DE COMPARAISON : 37 AAS</b> Provenance : 37 AAS des CJ Montérégie
<b>DE CES 105 AAS ...</b>	
<b>Perte de 3 jeunes pour :</b> Exclusion de l'étude : n = 3 <sup>a</sup> Refus de participation à évaluation : n = 0	<b>Perte de 8 jeunes pour :</b> Exclusion de l'étude : n = 6 <sup>b</sup> Refus de participation à évaluation : n = 2
<b>CAS ÉVALUÉS EN PRÉ : n = 65</b>	<b>CAS ÉVALUÉS EN PRÉ : n = 29</b>
<b>Perte de 11 jeunes de plus pour :</b> Exclusion du groupe de traitement : n = 7 <sup>c</sup> Abandon précoce du traitement : n = 1 Refus évaluation post : n = 3	<b>Perte de 9 jeunes de plus pour :</b> Exclusion de l'étude : n = 4 <sup>d</sup> Refus évaluation post : n = 5
<b>CAS ÉVALUÉS EN POST : n = 54</b>	<b>CAS ÉVALUÉS EN POST : n = 20</b>
<b>Perte de 0 jeune de plus pour :</b> Exclusion : – Refus : –	<b>Perte de 1 jeune de plus pour :</b> Exclusion : n = 1 <sup>e</sup> Refus : –
<b>ÉCHANTILLON FINAL : n = 54</b>	<b>ÉCHANTILLON FINAL : n = 19</b>
<b>ÉCHANTILLON FINAL : N = 73</b>	

a. Critères d'exclusion des chercheurs : lenteur intellectuelle n = 1, surévaluation n = 1, déménagement prévu du jeune n = 1;

b. Critères d'exclusion des chercheurs : lenteur intellectuelle n = 2, surévaluation n = 1, trop jeune n = 3;

c. Critères des intervenants : caractéristiques variables des AAS (négateur, peu de motivation, trouble de personnalité, etc.);

d. Critères d'exclusion des chercheurs : exclus parce qu'ils ont participé au traitement de groupe de Pinel;

e. Critères d'exclusion des chercheurs : qualité pauvre des données recueillies.

procédure.

Au moment de la passation de l'entrevue semi-structurée (pré-traitement), les adolescents étaient âgés de 11 à 18 ans ( $M = 14,06$ ;  $ÉT = 1,50$ )<sup>24</sup>. Une minorité de jeunes (moins de 3 %) était référée au programme de traitement par une source autre (p. ex. : parents, milieu scolaire, etc.) que les intervenants des centres jeunesse des équipes *Évaluation/Orientation*. Les participants étaient pour la plupart suivis en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse – *LPJ* (69 %), 25 % en vertu de la Loi des jeunes contrevenants – *LJC* et 6 %, en vertu d'une autre loi<sup>25</sup>. Moins du quart (21 %) avait un dossier criminel. Quant à la situation familiale de ces adolescents, 29 % d'entre eux vivaient chez leurs deux parents, 45 % chez l'un des deux et 26 % étaient en milieu substitut ou autre. Une minorité des adolescents (entre 3 et 7 %) reconnaissait consommer de l'alcool, de la drogue ou de la pornographie de façon régulière (plus d'une fois semaine).<sup>26</sup>

## **Programme de traitement de groupe évalué (groupe expérimental)**

### **Bref historique**

Le *Traitement intégré pour adolescents agresseurs sexuels* (TIAAS) évalué est offert dans les Centres jeunesse de Lanaudière et de la Mauricie Centre-du-Québec. Dans la région de Lanaudière, ce traitement de groupe est implanté depuis près de 18 ans, en

---

<sup>24</sup> La majorité des participants étaient âgés entre 13 et 16 ans. On dénombrait 2 jeunes de 11 ans (1 du groupe expérimental et 1 du groupe de comparaison), 7 de 12 ans (5 du groupe expérimental et 2 du groupe de comparaison), 6 de 17 ans (3 du groupe expérimental et 3 du groupe de comparaison) et finalement, 1 de 18 ans (groupe expérimental). Nous avons tenu compte des âges des participants dans l'interprétation des résultats des tests (tests non interprétés si les auteurs précisaient que l'utilisation n'était pas appropriée auprès de jeunes de cet âge).

<sup>25</sup> Ces chiffres découlent des résultats obtenus au moyen de l'entrevue semi-structurée (pré-traitement), complétée par un intervenant (gr. expérimental) ou un assistant de recherche (gr. de comparaison). Ils sont toutefois à interpréter avec prudence car en cours de traitement, le statut de l'adolescent pouvait changer. Par exemple, à la suite de son admission au traitement, un jeune pouvait à la fois être suivi en vertu de la *LPJ* et de la *LJC*.

<sup>26</sup> Les autres caractéristiques entourant l'histoire personnelle du jeune de même que les caractéristiques des gestes posés seront présentées dans la section Résultats, tout comme les résultats entourant la comparabilité des deux groupes sur ces variables.

collaboration avec l'organisme sans but lucratif Parents-Unis Repentigny-Lanaudière (PURL). Dans la région de la Mauricie, il l'est depuis près de 11 ans. Au moment de mettre sur pied un traitement s'adressant aux adolescents agresseurs sexuels, l'équipe spécialisée en agression sexuelle des Centres jeunesse de la Mauricie Centre-du-Québec (équipe PETAS – *Programme d'évaluation et de traitement des abus sexuels*) avait été formée par les intervenants de l'équipe de Lanaudière (Thomas Lebeau et Jacques Lemay).

### **Opérationnalisation du traitement de groupe**

La mise en place de la présente étude (printemps 1998 et hiver 1999) a contribué à la révision et à l'élaboration de nouveaux *Guides de pratiques* afin de proposer une approche concertée, structurée et opérationnalisée.<sup>27</sup> Le programme de groupe évalué s'appuie ainsi sur deux manuels de traitement : le premier (*Guide de pratiques : programme d'intervention auprès des adolescents agresseurs sexuels –AAS– Version Intervention de groupe – partie I*) présente les chapitres liés à la *compréhension du processus d'agression sexuelle* et à la construction du *plan de prévention de la récidive*. Ce premier manuel comporte aussi une version qui s'adresse directement à l'adolescent (*Mon manuel d'exercices*), compte tenu que ces premiers chapitres incluent notamment des lectures et exercices écrits que l'adolescent est invité à compléter. Le second manuel (*Guide de pratiques : programme d'intervention auprès des adolescents agresseurs sexuels –AAS– Version Intervention de groupe – partie II*) présente cette fois les chapitres liés à la *modification des comportements problématiques* pouvant contribuer à

---

<sup>27</sup> Les manuels suivants ont été élaborés pour les fins de l'étude : Guide de pratiques : programme d'intervention auprès des adolescents agresseurs sexuels (AAS) – Version Intervention de groupe (parties I – 74 pages et II – 214 pages). Collectif dirigé par F. Lagueux, avec la participation de divers établissements membres du PRIMASE (CJ Lanaudière, PU Repentigny-Lanaudière, CJ Mauricie Centre-du-Québec et Université de Montréal, 1999). À la suite des années de collecte de données, les manuels ont été révisés. La version originale des manuels contenait en annexe des exercices recommandés pour utilisation lors de rencontres individuelles ou familiales. Dans le cadre de l'intervention de groupe, ces exercices additionnels n'ont pas été utilisés. Parce que disponibles qu'en versions « préliminaires », ces deux manuels d'intervention n'ont été rendus disponibles qu'aux fins de cette étude et non distribués de manière élargie.



perpétuer le processus de l'agression sexuelle.<sup>28</sup> En Annexe 2 de la présente thèse (voir Annexe 2), les titres des chapitres des deux manuels de traitement sont présentés.

Les objectifs du traitement, les approches et techniques utilisées, de même que les procédures et consignes précises entourant chacune des activités sont clairement identifiés dans les manuels de traitement destinés à l'intervenant. Les techniques utilisées pour atteindre ces objectifs sont fortement inspirées des modèles cognitifs-behavioraux : la discussion de groupe, les jeux de rôle, les observations, le modeling, les confrontations, les exercices écrits, le visionnement de films, etc..

### **Modèles théoriques sous-jacents**

Le *Traitement intégré pour adolescents agresseurs sexuels* (TIAAS) s'apparente aux interventions de groupe spécialisé popularisées aux États-Unis au milieu des années 90'. Le TIAAS s'appuie principalement sur un des modèles théoriques de type cognitivo-comportemental fréquemment cités, soit celui des *Quatre préconditions de Finkelhor* (1984) précédemment décrit (voir *Contexte théorique*). Bien que s'appuyant d'abord sur ce modèle, le programme s'inspire aussi de certains éléments du modèle du *Cycle de l'agression sexuelle* (Ryan et al, 1987; Lane, 1997) et de celui de la *Prévention de la récurrence* (Gray et Pithers, 1993; Pithers et al., 1988; Pithers, 1990). Rappelons que ces modèles théoriques permettent de concevoir l'agression sexuelle comme issue d'un processus constitué d'étapes au cours desquelles l'agresseur peut intervenir, au moyen de son *plan de prévention de récurrence*, pour freiner le processus de l'agression.

Dans la foulée des traitements externes spécialisés développés à la fin des années 90' à la suite des recommandations du *NAPN* (1993) et de *l'Association for the Treatment of*

---

<sup>28</sup> Ce premier manuel s'inspire largement du manuel *Pathways* de Kahn qui avait été d'abord traduit et adapté par Thomas Lebeau (1993) conjointement avec l'organisme Parents-Unis Repentigny (tous deux impliqués dans le présent programme évalué). Le second manuel comporte des exercices créés par les intervenants pour les fins du programme de traitement ou tirés de différents manuels d'intervention de groupe pour adolescents (consulter directement les manuels pour plus d'informations).

*Sexual Abusers* (1997), le TIAAS s'inscrit dans une compréhension théorique et clinique plus « holistique » de l'adolescent agresseur sexuel. Ainsi, en plus des cibles d'intervention directement liés aux gestes abusifs (p. ex. : compréhension du cycle de l'agression, attitudes face à la sexualité, etc.), l'accent est mis aussi sur un programme qui favorise le développement de compétences globales (p. ex. : développement des habiletés sociales, de l'estime de soi, etc.).

## **Objectifs du traitement de groupe**

Le TIAAS comporte 15 objectifs de traitement présentés selon la séquence suivante :

### **Objectifs liés à la compréhension du processus de l'agression sexuelle :**

1. Comprendre les aspects légaux (gestes, âge de consentement, etc.)
2. Reconnaître et décrire les faits
3. Reconnaître sa responsabilité
4. Sensibiliser aux sentiments et réactions des victimes
5. Travailler à l'intégration du processus de l'agression sexuelle (+ plan de prévention de la récidive)

### **Objectifs liés à la modification des comportements :**

6. Réduire l'excitation déviante
7. Contrôler le stress
8. Gérer les émotions (colère, honte, tristesse, etc.)
9. Développer l'empathie à l'endroit des victimes
10. Développer des habiletés de communication des sentiments
11. Modifier les connaissances et attitudes/sexualité
12. Gérer les conflits
13. Se faire des amis
14. Développer des relations avec les filles
15. Travailler sur les erreurs de pensée/distorsions cognitives

## **Durée et modalités du traitement de groupe**

Le programme de traitement s'articule autour d'une modalité d'intervention principale, soit un *traitement de groupe fermé* (c.-à-d. que des nouveaux participants ne sont pas intégrés en cours de thérapie) en *milieu externe*. Un maximum de dix participants par cohorte, animé par deux intervenants spécialisés, est prévu. Chaque adolescent participe au total à 30 sessions de groupe d'une durée de deux heures chacune, à raison d'une session par semaine. En tenant compte du fait que les rythmes d'apprentissage peuvent différer selon la composition de chacun des groupes, une à trois rencontres sont prévues par objectif de traitement (à l'intérieur des 30 rencontres prévues). De plus, l'adolescent peut également participer à des services « traditionnels », c'est-à-dire à des rencontres individuelles et familiales dont la fréquence, la durée et le contenu sont déterminés selon les besoins spécifiques de celui-ci.

La participation au traitement est volontaire dans le cas des jeunes suivis en vertu de la Loi de la protection de la jeunesse (LPJ) et recommandée, pour ceux suivis en vertu de la Loi des jeunes contrevenants (LJC). En cours de traitement, il est permis qu'un jeune puisse être retiré du groupe si sa participation nuit au bon fonctionnement de l'ensemble du groupe (p. ex. : si un jeune présente des comportements agressifs).

En début d'intervention, une rencontre d'information et de soutien (rencontre de groupe de trois heures) est offerte aux parents des adolescents participants au traitement de groupe structuré. Des thèmes liés aux agressions sexuelles et au rôle du parent dans le processus thérapeutique sont abordés. Les parents y sont aussi invités à partager en groupe leurs questionnements et leurs inquiétudes. Il est prévu que, selon les besoins des parents et la disponibilité des intervenants, d'autres sessions de groupe puissent être offertes.

## **Encadrement du traitement de groupe**

Différents contrôles ont été appliqués afin de s'assurer que les traitements soient offerts tel qu'attendu. Tout d'abord, au cours de l'été 1999, tous les intervenants ont

participé à une formation de 40 heures<sup>29</sup> qui a rassemblé les équipes des deux centres jeunesse impliquées auprès du groupe expérimental (Lanaudière et Mauricie-Bois-Francis). Par la suite, les guides d'intervention destinés aux intervenants, à l'adolescent et aux parents (références citées précédemment) ont permis non seulement la mise sur pied de cette formation, mais aussi un cadre de référence pour les intervenants tout au cours de l'étude. De plus, les intervenants ont participé à des sessions mensuelles régulières de supervision continue animée par Fabienne Lagueux afin de s'assurer à la fois qu'une réponse clinique optimale soit offerte à chaque jeune, et également que les principes inscrits dans le guide d'intervention soient respectés. À ces contacts formels, par la présence régulière de Fabienne Lagueux sur les différents territoires, s'ajoutaient des contacts de supervision davantage informels (p. ex. : rencontres, contacts téléphoniques, etc.) selon les besoins des intervenants.

## **Instruments de mesures utilisés**

### **Mesures d'implantation du traitement**

Dans le cadre de l'étude, deux mesures d'implantation ont été élaborées par les intervenants et les chercheurs afin de décrire les services de groupe et les services traditionnels offerts.

1. *Fiche de suivi de groupe (groupe expérimental)* (voir Annexe 3) : Cette fiche s'adresse aux animateurs des groupes et permet de dresser un portrait plus complet des services réellement dispensés ayant trait d'une part aux *objectifs* d'intervention ayant été abordés lors de chacune des sessions et, d'autre part, à la *participation* des adolescents (nombre de rencontres complétées, nombre et type d'absences, etc.). Après avoir noté la

---

<sup>29</sup> Cette formation a été mise sur pied et animée par des intervenants responsables de l'application du programme de recherche de même que par des membres de l'équipe de recherche, soit : Thomas Lebeau, Jacques Lemay, Jean-Pierre Paradis, Alain Perron et Fabienne Lagueux. Une quarantaine d'intervenants ont participé à cette formation.

présence du jeune ou, le cas échéant, le motif de l'absence (choix de quatre réponses), le répondant doit cocher parmi une liste de 18 objectifs (plus une catégorie *autres*) ceux principalement travaillés durant la rencontre. Une échelle en quatre points permet ensuite d'évaluer le comportement du jeune soit : 1. *dérangeant, n'écoute pas, ne respecte pas les règles du groupe*; 2. *non dérangeant mais peu présent, distrait, inattentif*; 3. *intervient peu mais bonne écoute*; et 4. *participe activement*. Pour terminer, un espace ouvert est réservé au répondant pour l'ajout de commentaires entourant la rencontre.

2. *Fiche-synthèse (groupe expérimental et de comparaison)* (voir Annexe 4) : Cette fiche s'adresse aux intervenants qui offrent les services dits traditionnels au groupe expérimental et au groupe de comparaison et qui ont le mandat de rencontrer au besoin le jeune et ses parents en rencontres individuelles ou familiales. Le répondant doit cocher différentes cases afin de permettre d'avoir un aperçu des services individuels et familiaux dispensés en ce qui concerne : la fréquence et la durée des rencontres, les dimensions travaillées, le nombre de participants présents à la rencontre, etc. De plus, sur une échelle de cinq points, le répondant évalue ensuite la qualité de l'implication des participants (motivation, qualité de la présence, etc.). Un espace ouvert est aussi prévu pour l'ajout de commentaires pertinents.

## Présentation des mesures descriptives et évaluatives

Il est recommandé, vu le fait que certains adolescents agresseurs sexuels peuvent avoir des difficultés d'apprentissage importantes, d'utiliser une évaluation comportant, en plus des questionnaires auto-rapportés, d'autres types de mesure (Becker, 1994; NAPN, 1993). C'est pourquoi une *entrevue semi-structurée* (1 heure 15 à 2 heures) et une mesure de *dépistage des intérêts sexuels* (2 heures) ont été retenues, en plus des *13 instruments de mesures de type auto-rapportés* (1 heure 30 à 2 heures – voir Annexe 5 – reproduction de l'entrevue semi-structurée et d'un instrument conçu spécifiquement pour l'étude)<sup>30</sup>. À ces

---

<sup>30</sup> Les autres instruments sont présentés dans le *Protocole d'évaluation* (Lagueux et al., 1999).

mesures s'ajoutent une échelle d'*atteinte des objectifs* (Annexe 6) et une mesure de *satisfaction* des participants.

Les 13 instruments retenus ont été choisis en tenant compte des critères suivants : 1) le fait qu'ils soient recommandés dans la littérature auprès des adolescents agresseurs sexuels; 2) les liens entre les dimensions mesurées et les cibles d'intervention; 3) la présence de qualités psychométriques adéquates; 4) la disponibilité des instruments (en français, sinon en anglais) et 5) la durée de passation du test. Les outils retenus dans le cadre de cette étude s'intéressent aux symptômes liés à un traumatisme antérieur, au niveau de la compréhension du *cycle de l'agression sexuelle* et, finalement, à la *modification des comportements et des attitudes*.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons traduit (de l'anglais au français) les six questionnaires pour lesquels une version francophone n'était pas disponible.<sup>31</sup> Il importe de spécifier que peu de ces instruments sont validés en français auprès d'adolescents québécois de sorte que, pour plusieurs de ces instruments, seuls les critères psychométriques de la version originale américaine seront utilisés.

### **Mesure descriptive : l'entrevue semi-structurée**

*Entrevue semi-structurée de Madrigrano* (Madrigrano, Rouleau et Robinson, 1997; Madrigrano, 1999) : L'entrevue semi-structurée utilisée a été élaborée et standardisée par Madrigrano et al. (1997 – voir Annexe 5). Au moyen de 101 questions (principalement à choix multiples), elle vise à recueillir des informations sur plusieurs dimensions pertinentes à l'étude : données sociodémographiques, informations sur la situation juridique, histoire personnelle et familiale, histoire d'abus psychologique, physique et sexuel, histoire de

---

<sup>31</sup> Deux assistants de recherche francophones ont procédé à la traduction (de l'anglais vers le français) de chacun des six questionnaires de manière indépendante. Les assistants ont ensuite comparé leurs versions pour en arriver à une version finale. Un consultant anglophone et F. Lagueux ont ensuite retraduit (du français vers l'anglais) l'ensemble des items puis ont comparé à nouveau cette version anglaise à l'originale avant de proposer une version finale en français. Ces versions finales ont été testées auprès d'une équipe de dix

délinquance, histoire sexuelle (déviante et non déviante), consommation d'alcool, de drogues et de pornographie, cheminement académique, habiletés sociales et le délit sexuel. Cette cueillette de données permet ainsi une meilleure compréhension de l'ensemble de la situation de l'adolescent et des éléments pertinents à l'exploration du passage à l'acte. Les qualités psychométriques ne sont pas encore disponibles pour cet outil. Soulignons que seulement une partie des données recueillies à partir de cet instrument seront utilisées dans le cadre de l'étude.

### **Mesures évaluatives (pré-post traitement) : les 13 instruments auto-rapportés – par ordre alphabétique**

1. *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock et Erbaugh, 1961; Beck et Steer, 1993). La version francophone du Questionnaire de dépression de Beck (QDB), traduite et validée auprès d'étudiants universitaires francophones par Bourque et Beaudette (1982) sera utilisée. Cette version, qui s'adresse à des jeunes de 12 ans et plus<sup>32</sup>, découle de la version révisée du BDI (Beck, Rush, Shaw et Emery, 1979). Il s'agit d'un instrument composé de 21 items où le sujet doit choisir parmi quatre énoncés décrivant une manifestation comportementale spécifique de la dépression celui qui lui correspond le mieux. Pour chacun des items, les énoncés sont présentés selon une gradation de sévérité, allant de la neutralité au plus sévère. Le Beck génère un score global, pouvant varier de 0 à 63. Au-delà d'un score de 16 (seuil clinique), le répondant présente des symptômes de dépression d'intensité clinique (Barrera et Garrison-Jones, 1988). Les coefficients alpha obtenus auprès d'adolescents américains varient de ,79 à ,90 (Teri, 1982 – cité dans Barrera et Garrison-Jones, 1988; Strober, Green et Carlson, 1981). Il ressort des travaux auprès d'étudiants universitaires francophones, que le coefficient de consistance

---

adolescents masculins francophones de 13 à 16 ans.

<sup>32</sup> On peut lire aussi dans le manuel de cet instrument qu'il est possible d'y avoir recours auprès de jeunes ayant au moins un niveau académique de la cinquième année du primaire.

interne se chiffre à ,92 et celui de fidélité test-retest après un délai de 4 mois à ,62 (Bourque et Beaudette, 1982).

2. *Child's attitude toward the mother (CAM)* et *Child's attitude toward the father (CAF)* (Guili et Hudson, 1977)<sup>33</sup>. Ces questionnaires servent à mesurer la perception qu'a l'enfant, ou l'adolescent, de la qualité de la relation qu'il vit avec chacun de ses parents. Les versions francophones utilisées sont celles de Pauzé, Toupin et Déry (1993). Dans un cas, le questionnaire évalue la relation du jeune avec sa mère (CAM) et, dans l'autre, il évalue sa relation avec son père (CAF). Il indique la présence ou l'absence de conflits dans la relation enfant-parent. Chaque instrument comporte 25 questions où l'on doit répondre sur une échelle en 5 points, de « rarement ou jamais » à « souvent ou tout le temps ». Le score total varie de 0 à 100. Un score qui se situe entre 30 et 69 indique la présence d'une relation cliniquement problématique avec le parent. De 70 à 100, le score est toujours considéré comme clinique, mais en plus l'enfant peut avoir (ou penser avoir) recours à la violence pour faire face aux conflits dans la relation. La cohérence interne des versions originales est de ,94 pour le CAM et de ,95 pour le CAF et la fidélité test-retest à une semaine d'intervalle de ,89 et ,96 (Guili et Hudson, 1977).

3. *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS – Endler et Parker, 1990)*. Les stratégies d'adaptation auxquelles les jeunes de 13 à 18 ans ont recours consciemment lors de situations anxiogènes sont mesurées à l'aide d'une version modifiée du CISS. L'instrument mesure de quelle façon le sujet réagit, s'adapte et fait face à différentes situations difficiles, stressantes, anxiogènes ou bouleversantes. La version originale de cet outil possède trois sous-échelles de base classifiant les réponses aux différentes situations : celles orientées vers la tâche, celles orientées vers l'émotion et celles orientées vers l'évitement. Le format de réponse est une échelle de type Likert en 5 points, allant de « jamais » à « très souvent » selon la fréquence de la réaction à la situation présentée. Il

---

<sup>33</sup> Le CAC, version qui évalue la relation avec le conjoint de la mère, a été aussi utilisé lorsque cette figure parentale était significative.



ressort un score brut pour chacune des trois sous-échelles que l'on transforme en score T selon le groupe d'âge. Le score brut par sous-échelle varie de 16 à 80, sachant que plus le score est élevé, plus le répondant a recours au type de « coping » présenté dans l'échelle. Dans le cadre de la présente étude, une version traduite et adaptée par Lagueux, Wright et Tourigny (1999) a été utilisée. Cette version est dite « adaptée » parce qu'elle comporte l'ajout de huit items exploratoires (rattachés à deux sous-échelles) qui évaluent le recours à des réponses agressives (4 items) et sexuelles (4 items). Pour la version originale, les coefficients alpha varient de ,83 à ,92 selon les échelles, et les coefficients test-retest, de ,55 à ,73 après un délai de six semaines (Endler et Parker, 1990). La consistance interne a été mesurée (à partir de la présente version francophone adaptée et utilisée) auprès d'une population d'adolescents québécois (100 agresseurs sexuels et 100 *normaux*) âgés de 12 à 17 ans (Pagé, 2004). Pour cet instrument, le coefficient alpha de Cronbach obtenu est de ,87.

4. *Dating Questionnaire* (Kirby, 1990; 1998). Le Dating Questionnaire, traduit par Lagueux et al. (1999), est une partie du « Mathtech Questionnaire » de Kirby, instrument composé de diverses sections. Le Dating questionnaire est tiré de la section appelée « Behaviour ». Il s'agit d'une sous-échelle de 18 items qui évalue le niveau de confort des adolescents face à différentes situations sociales liées à la sexualité. Le participant doit inscrire son degré de confort face à une situation sur une échelle Likert en 4 points, soit de « confortable » à « très inconfortable ». Bien qu'initialement, différents scores peuvent être générés (le Dating Questionnaire est fait de 5 sous-échelles), seul le score global sera utilisé. Ce score varie de 18 à 72, dans une échelle où un score élevé indique un haut niveau d'inconfort. Au près d'un échantillon de 100 adolescents, les coefficients alpha de Cronbach pour les différentes sous-échelles se situent entre ,63 et ,86, ce qui suggère qu'il y a une validité interne adéquate (Kirby, 1990). Au près d'adolescents québécois francophones, l'étude de Pagé (2004) rapporte un coefficient alpha quelque peu supérieur, soit de ,89.

5. *Inventory of Parent and Peer Attachment* (IPPA; Armsden et Greenberg, 1987). Ce questionnaire permet d'évaluer le niveau de confiance ou d'attachement qu'ont les

adolescents à l'égard de leurs proches. La version révisée (Armsden et Greenberg, 1989) comporte trois sections distinctes (père, mère et amis) ayant chacune 25 items. Cette version a été traduite par Lagueux et al. (1999) à partir du questionnaire fourni dans la thèse de Defelice (1996). L'adolescent note ses réponses sur une échelle de Likert en cinq points allant de « presque jamais ou jamais vrai » à « presque toujours ou toujours vrai » selon la fréquence d'apparition de l'événement. Pour chacune des sections, le score peut varier de 25 à 125, sachant que plus le score est faible, moins l'attachement est de type « sécure ». Un score total variant de 75 à 375 est formé par l'addition des scores obtenus dans chacune des trois sous-échelles. Les résultats de l'étude de Armsden et Greenberg (1987) démontrent que la version originale du questionnaire possède une très bonne stabilité temporelle, les *coefficients alpha test-retest* étant de ,93 pour la section parents et de ,86 pour la section pairs (intervalle de trois semaines). En ce qui a trait à la version révisée, Armsden et Greenberg (manuscrit non publié – cité dans Defelice, 1996) obtiennent auprès de jeunes de 16 à 20 ans, les *coefficients de consistance interne* (alpha de Cronbach) suivants : attachement à la mère ,87, attachement au père ,89 et attachement aux pairs ,92. En 1993, Cavell, Jones, Runyan, Constantin-Page et Valasquez ont effectué une étude mesurant l'attachement aux parents, toujours en utilisant la version révisée du questionnaire. Les résultats de ces analyses démontrent des *coefficients de consistance interne* encore plus élevés : celui de la section Père est de ,97, alors que celui de la section Mère est de ,95. Bien que les données de validité aient été obtenues auprès d'adolescents et de jeunes adultes (de 16 à 20 ans), l'IPPA a été utilisé avec succès dans plusieurs études auprès de jeunes adolescents de 12 ans et plus (Armsden et Greenberg, manuscrit non publié – cité dans Defelice, 1996).

6. *Jesness Inventory* (JI; Jesness, 1966; révisé en 1996 – version québécoise validée par LeBlanc, McDuff et Fréchette, 1994). L'Inventaire de personnalité de Jesness permet de mesurer le fonctionnement personnel et social d'un individu (les attitudes, les réactions, les comportements et les sentiments). Plus spécifiquement, il est issu d'un travail empirique cherchant à mettre en relief des traits de personnalité statistiquement associés aux conduites

délinquantes chez les adolescents. Il s'agit d'un instrument de 155 items de type Vrai ou Faux qui s'adresse à des jeunes de 8 à 18 ans. Le Jesness comporte 10 sous-échelles : mésadaptation sociale, orientation des valeurs, immaturité, autisme, aliénation, agressivité manifeste, retrait-dépression, anxiété sociale, refoulement et déni. Chacune des échelles génère un score brut que l'on transforme en score T. En plus de ces 10 scores, un « index » des tendances asociales peut aussi être calculé. La normalisation se fait par niveau d'âge. Il est possible de situer les scores obtenus dans un « corridor normatif » où la limite inférieure est 40, et la limite supérieure, 60. Dans une version révisée de son manuel, Jesness (1996 – cité dans Violence Institute of New Jersey – VINJ, 2002) situe les coefficients de validité interne pour chacune des échelles de ,43 à ,88 et ceux pour la validité test-retest, de ,40 à ,79. À partir de données québécoises, Leblanc et al. (1994) obtiennent des coefficients légèrement plus élevés, ceux de validité interne étant de ,68 à ,89, et ceux de fidélité test-retest, de ,66 à ,87.

Dans le cadre de la présente étude, nous avons retenu les échelles qui, à la lumière d'études québécoises, présentent à la fois une meilleure capacité à discriminer les délinquants sérieux des délinquants mineurs (notamment d'après les travaux de Forget, 1977) et une structure interne plus robuste (Leblanc et al., 1994). Il s'agit des échelles de mésadaptation sociale – SM (alpha de ,89), d'orientation des valeurs – VO (alpha de ,86) et finalement, celle de l'agressivité manifeste – Ma (alpha de ,82).

L'échelle de la mésadaptation sociale renvoie à des attitudes associées à une socialisation perturbée, soit : un concept de soi négatif, sentiments de ne pas être compris et d'être malheureux, sentiments d'hostilité, manque de contrôle face à l'agressivité, méfiance face à l'autorité, sensibilité à la critique et, finalement, un développement inadéquat de la conscience morale. L'échelle de l'orientation des valeurs mesure une tendance qu'auraient certains délinquants à partager les attitudes et les opinions « caractéristiques des personnes de classes socioéconomiques défavorisées », selon la théorie de Miller (1955; voir Forget, 1977). Il est question ici de la peur de l'échec, de l'orientation vers la gang, de l'éthique du dur, de la recherche d'excitations fortes, du désir prématuré du statut d'adulte, de

l'établissement de relations insatisfaisantes avec les adultes et les pairs et de la conviction de ne pas avoir de chance dans la vie. À cela s'ajouterait une tendance à décrire toute tension interne en terme de symptômes physiques. La dernière échelle, l'agressivité manifeste, réfère à une prise de conscience de sentiments déplaisants (colère et frustrations), au malaise ressenti à cause de leur présence et à une tendance à réagir facilement en fonction de ces émotions. Le jeune est désappointé tant à propos de soi que des autres; il n'arrive pas à se comprendre et à se sentir bien. La présence de ce trait constitue un risque ou un potentiel de passage à l'acte.

En plus de ces trois échelles, il nous a semblé important de retenir les deux échelles associées aux tendances à la minimisation et aux attitudes défensives, soit l'échelle de refoulement – *Rep* (alpha de ,68) et celle du déni – *Den* (alpha de ,75). Le refoulement fait ici référence à une attitude inconsciente qui mènerait le jeune à faire preuve d'une pauvre capacité d'autocritique, notamment d'une difficulté à identifier certaines émotions, généralement les affects plus dysphoriques (colère, déplaisir). Le déni fait référence à une attitude plus consciente, une réticence à reconnaître les événements déplaisants et à avouer ses difficultés, ainsi qu'une tendance à ne pas admettre les conflits avec autrui. Le jeune peut alors manquer de jugement dans son appréciation personnelle.

7. *Matson's Evaluation of Social Skills in Youngsters* (MESSY; Matson, Esveltd-Dawson et Kazdin, 1983). Cet instrument de 62 items, traduit par Lagueux et al. (1999), permet d'évaluer le niveau d'habiletés sociales des enfants et adolescents âgés de 4 à 18 ans au moyen de la fréquence des comportements observables dans différents contextes sociaux. Il comporte les six sous-échelles suivantes : les habiletés sociales appropriées, l'affirmation de soi, les traits impulsifs et récalcitrants, la confiance en soi excessive, la jalousie et une sous-échelle additionnelle non spécifique composée de divers items sans catégorie particulière. Les sujets doivent indiquer leur niveau d'accord sur une échelle de type Likert en cinq points, de « pas du tout » à « très souvent » face à la fréquence à laquelle ils s'engagent dans un comportement social positif ou négatif, verbal ou non. Le

score global peut varier de 62 à 310. Plus le score obtenu est élevé, moins le sujet fait preuve d'un niveau d'habiletés sociales approprié.

Les premières analyses factorielles ont permis de déterminer que le MESSY permet bien d'évaluer les habiletés sociales des sujets selon les cinq dimensions distinctes précédemment mentionnées (Matson, Rotatori et Helsel, 1983). Matson (1994) a construit des normes à partir d'un échantillon de 422 enfants (âgés de 4 à 18 ans) et a démontré que le MESSY corrèle avec plusieurs autres mesures d'habiletés sociales, incluant des observations, des rapports de professeurs, des rapports de parents et des mesures auto-administrées. Les résultats des analyses de Spence et Liddle (1990) auprès d'enfants âgés de moins de 13 ans, démontrent que la consistance interne du questionnaire est de ,76 et la fidélité des résultats test-retest de ,80 (intervalle de deux semaines). Auprès d'adolescents québécois francophones, Pagé (2004) rapporte cette fois pour le questionnaire un coefficient de consistance interne de ,82.

8. *Questionnaire de compréhension des gestes* (QCG; Perron, Lagueux et Wright 1999 – voir Annexe 5). Cet instrument de 60 items a été spécifiquement élaboré pour mesurer le niveau de compréhension du processus de l'agression sexuelle pour les fins de la présente étude. Il comporte 12 sous-échelles qui se regroupent sous les 4 sections suivantes : identification des gestes légaux et illégaux, reconnaissance de sa responsabilité, empathie à l'endroit des victimes (reconnaissance des conséquences et des sentiments des victimes) et compréhension du processus de l'agression sexuelle. Le sujet doit répondre sur une échelle de Likert en sept points. Chaque sous-échelle génère un score distinct, variant, selon les sections, de 4 à 28, de 4 à 28, de 18 à 259 (de 18 à 126 et de 19 à 133) et de 15 à 105 respectivement. Plus le score est élevé, plus les concepts mesurés par l'échelle sont compris par les adolescents. Il s'agit d'une première version de l'instrument sujette à des modifications ultérieures. Toutefois, dans le cadre de cette thèse, des premières analyses pour chaque échelle avaient indiqué une consistance interne globalement satisfaisante.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Pour chacune des 12 sous échelles, les valeurs de consistance interne sont respectivement : ,73; ,63;

Ces premiers résultats préliminaires vont dans le sens de l'étude de Pagé (2004) qui, auprès d'adolescents francophones, rapporte un coefficient global pour l'instrument de ,72.

9. *Self-Perception Profile for adolescents* (SPPA; Harter, 1988). Le SPPA est un questionnaire de 46 items qui mesure différents aspects du sentiment de compétence à partir des perceptions du jeune. La traduction en français utilisée dans le cadre de l'étude est celle de Michel Boivin, de l'Université Laval (tiré de Lagueux et al., 1999). Dans le manuel de Harter, l'auteure ne spécifie pas de tranches d'âges spécifiques pour lesquelles cet instrument est conçu, laissant cette décision à la discrétion de l'administrateur. Par ailleurs, des données sont fournies à la suite de son administration à des jeunes de secondaire II à secondaire V. Il faut se référer au manuel de la version destinée aux enfants pour obtenir des données concernant les jeunes de secondaire I.<sup>35</sup>

Sept dimensions *spécifiques* sont mesurées : la compétence scolaire, l'acceptation sociale, la compétence athlétique, l'apparence physique, l'attraction romantique, la conduite comportementale et les amitiés proches. De plus, une dernière échelle permet d'évaluer la perception qu'a le jeune de sa valeur personnelle (l'estime de soi globale). Pour chaque item, le jeune doit d'abord identifier le côté qui lui ressemble le plus et ensuite indiquer à quel point l'énoncé correspond à sa perception de lui-même (il a deux choix : « tout à fait comme moi », « un peu comme moi »). Les scores se présentent sous la forme de huit scores indépendants, correspondant à un score pour chacune des sous-échelles. Le score obtenu par sous-échelle se situe entre 1 et 4, sachant que plus le score se rapproche de 4, plus le répondant se perçoit comme compétent. Selon les échelles, les coefficients de validité interne se situent entre ,74 et ,92 (Harter, 1988).

10. *Sex Knowledge and Attitude Test for Adolescent* (SKAT-A; Lief, Fullard et Devlin, 1987 – cité dans Defelice, 1996). Le Sex Knowledge and Attitude Test for

---

,69; ,43; ,93; ,95; ,92; ,70; ,64; ,83; ,43; et ,74,

<sup>35</sup> Dans le cadre de cette étude, nous avons choisi d'administrer cette même version (SPPA) aux adolescents de 12 ans et moins et à ceux de 18 ans et plus, en étant par ailleurs plus prudents au niveau de

Adolescent (SKAT-A) est un questionnaire développé spécifiquement pour les adolescents et les jeunes adultes qui évalue les *connaissances* (61 questions), les *attitudes* (43 questions) et les *comportements* (43 questions) liés à la sexualité. Dans le cadre de la présente étude, seule la section portant sur les attitudes a été utilisée et traduite par Lagueux et al. (1999). Cette échelle, composée de 43 items, mesure les attitudes du sujet à l'égard de quatre composantes liées à la sexualité, soit les mythes, la responsabilité, les conséquences et la coercition. Les participants doivent indiquer leur degré d'accord face à l'énoncé et ce, sur une échelle de type Likert en cinq points, variant de « tout à fait en accord » à « tout à fait en désaccord ». Le score global pour l'échelle des *attitudes* peut varier de 43 à 215. Un score élevé indique une attitude plus flexible ou « libérale » à l'endroit de la sexualité et, inversement, un score faible reflète une attitude davantage « conservatrice » (moraliste, croyances stéréotypées, propension à blâmer les victimes d'agression, etc.).

En 1990, Lief et ses collaborateurs ont effectué une étude visant à valider ce questionnaire auprès de 40 jeunes adultes âgés de 17 à 25 ans. Le coefficient alpha de fidélité test-retest (intervalle de trois semaines) est de ,92 pour l'*Attitude Scale*, suggérant ainsi que cette sous-échelle possède une stabilité temporelle adéquate. Les résultats de cette étude démontrent également l'homogénéité de cette sous-échelle, le coefficient de consistance interne étant de ,89. Par ailleurs, auprès d'adolescents québécois francophones, Pagé (2004) obtient pour cette échelle présentée en français un coefficient alpha de Cronbach moins élevé, soit de ,68. Toutefois, le SKAT-A corrèlerait de façon significative avec d'autres mesures similaires d'attitudes à l'égard de la sexualité (Lief, Fullard et Devlin, 1990).

11. *Survey of Heterosexual Interaction* (SHI; Twentyman et McFall, 1975). Cet instrument mesure les habiletés hétérosociales et hétérosexuelles. Il comporte 20 vignettes représentant diverses situations sociales hétérosexuelles. Pour les fins de l'étude, une

version a été traduite et adaptée pour les adolescents francophones (Lagueux et al., 1999)<sup>36</sup>. Pour chacun de ces items, les sujets doivent indiquer, sur une échelle de type Likert variant de 1 à 7, la réponse qui correspond le mieux à leur capacité de faire face et de s'adapter aux situations décrites. Le score global se situe entre 20 et 140, un score élevé signifiant des compétences hétérosexuelles élevées. Toutefois, les données psychométriques de la version originale anglophone de cette échelle proviennent à ce jour d'études réalisées auprès d'adultes. Ainsi, celle de Twentyman, Boland et McFall (1981) a permis de mesurer une stabilité adéquate de l'instrument, le coefficient alpha test-retest (pour un intervalle de quatre mois) étant de ,85. Par ailleurs, l'étude de Pagé (2004) auprès d'adolescents francophones nous a permis de vérifier la cohérence interne de la version adaptée en langue française de l'instrument utilisé ici. Le coefficient alpha de Cronbach obtenu, soit de ,94, a été qualifié de très satisfaisant.

12. *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSC-C; Brière, 1996 – version française de Wright et Sabourin, 1996). Cet instrument qui s'adresse aux jeunes de 8 à 17 ans mesure la détresse post-traumatique ainsi que certains symptômes psychologiques, soit : l'anxiété, la dépression, le stress post-traumatique, les préoccupations sexuelles, la dissociation et la colère. Il est composé de 54 items évaluant la fréquence de chaque symptôme et ce, sur une échelle en quatre points, de « jamais » à « presque toujours ». En plus des six échelles cliniques, il comprend deux échelles de validité qui évaluent la tendance des adolescents à nier la présence de symptômes ou, au contraire, la tendance à s'attribuer plus de symptômes qu'ils ne devraient. Pour chacune des sous-échelles, Brière (1996) a fixé un score clinique. Un score plus élevé indique une présence plus élevée de symptômes. Les auteurs d'une étude québécoise qui ont utilisé la traduction française du TSC-C auprès de 1556 enfants de 8 à 17 ans rapportent que la structure factorielle demeure identique à celle de l'échelle originale et que la consistance interne varie pour les sous-

---

<sup>36</sup> Le questionnaire a été adapté à la réalité des adolescents en modifiant certains mots, tel « femme » pour « fille » et « bar » pour « une danse » à la lumière de l'adaptation faite par Katz (1990) auprès d'un échantillon d'adolescents agresseurs sexuels.



échelles entre ,70 et ,84 (Jouvin, Cyr, Thériault et Wright, 2001). La fidélité test-retest de cette version, après quinze jours d'intervalle, est de ,75 à ,81 selon les échelles. Ces résultats sont semblables aux résultats de validité interne rapportés par Brière (1996) à partir de la version originale (coefficients alpha allant de ,77 à ,89). Par ailleurs, dans le cadre de son étude auprès d'adolescents francophones, Pagé (2004) rapporte pour le TSC-C un coefficient de cohérence interne plus élevé (,94).

13. *UCLA Loneliness Scale III* (UCLA-3; Russell, 1996). Il existe trois versions de l'échelle de solitude de Russell. La troisième version de l'échelle, validée par l'auteur en 1996, est utilisée (UCLA Loneliness Scale – version 3). La traduction française de l'UCLA-3 a été effectuée par Lebeau et Lemay (1999). Il s'agit d'une échelle de 20 items qui mesure la satisfaction à l'égard des relations sociales et le niveau de solitude perçue par le répondant. Le répondant, adolescent ou adulte, doit fournir pour chaque énoncé la fréquence des sentiments vécus sur une échelle de type Likert en quatre points, allant de « jamais » à « souvent ». Le score varie de 20 à 80, où un score élevé signifie la présence d'un haut niveau de solitude perçue.

Afin d'évaluer les propriétés psychométriques du UCLA-3, Russell (1996) a effectué des travaux auprès d'adolescents, d'infirmières, d'enseignants et de personnes âgées et rapporte des coefficients alpha de consistance interne allant de ,89 à ,94 (,92 auprès d'adolescents). Auprès d'adolescents francophones, Pagé (2004) rapporte pour cet instrument un coefficient alpha quelque peu inférieur (,81), mais tout de même satisfaisant. Chez un sous-groupe d'adolescents, la validité convergente a aussi été évaluée en comparant les résultats obtenus à l'échelle de solitude (version 3) à ceux obtenus à l'aide d'autres instruments mesurant également la solitude. Par exemple, les résultats démontrent des liens significatifs entre le UCLA-3 et le NYU Loneliness Scale ( $r = ,65$ ) et le Differential Loneliness Scale ( $r = ,72$ ) (Russell, 1996).

## **Autres mesures évaluatives (pré-post traitement) : le Système de dépistage des intérêts sexuels et les 3 sous-échelles retenues**

Trois sous-échelles sont tirées du *Système de dépistage des intérêts sexuels* (Abel Assessment for Sexual Interest – AASI; Abel, 1995), outil développé et validé auprès des agresseurs sexuels adultes et adolescents par Gene Abel, du Behavioral Medicine Institute of Atlanta<sup>37</sup>. Cet instrument comporte une *mesure physiologique* des intérêts sexuels (mesure du temps de fixation visuelle face à différentes catégories de stimuli – 160 diapositives<sup>38</sup>) et un *questionnaire* (de type papier/crayon) totalisant 321 questions « fermées » explorant les différentes sphères de vie du sujet (les comportements déviants, les distorsions cognitives, les intérêts sexuels, la consommation d'alcool et de drogue, l'histoire criminelle, la victimisation du sujet et la dangerosité)<sup>39</sup>. Auprès d'adolescents agresseurs sexuels, le système de dépistage des intérêts sexuels d'Abel a démontré une bonne cohérence interne pour les différentes catégories de stimuli, les alpha de Cronbach se situant entre ,84 et ,90 (Abel, 1995). Une étude récente auprès de 1 704 adolescents âgés de 11 à 17 ans (1 170 agresseurs et 534 non agresseurs) démontre de plus l'utilité de ce *système* afin de distinguer les adolescents agresseurs d'enfants des adolescents qui ne le sont pas (Abel, Jordan, Rouleau, Emerick, Barboza-Whitehead et Osborn, 2004).

Dans le cadre de la présente étude, seuls les résultats de trois sous-échelles tirées de la section *questionnaire* de ce système de dépistage seront utilisés, soit l'échelle des

---

<sup>37</sup> Cet instrument a été ajouté à la batterie d'instruments choisis ici et ce, pour les fins des travaux de doctorat de Julie Girouard, étudiante sous la direction de Joanne L. Rouleau (département de psychologie, Université de Montréal). Les travaux de J. Girouard portaient sur la validation francophone de cet outil auprès d'adolescents québécois. Dans le cadre de la présente thèse doctorale, seuls les résultats obtenus à trois sous-échelles de la section *questionnaire papier-crayon* de cet instrument ont été rapportés.

<sup>38</sup> Toutes les diapositives présentent un sujet en vue frontale vêtu d'un maillot de bain sur fond bleu, sauf pour ce qui est des diapositives présentant des « actions » (p. ex. : exhibitionnisme, frotage, etc.). Les diapositives montrent autant de sujets de race caucasienne et afro-américaine et sont divisées en 13 catégories (p. ex. : garçons de deux à quatre ans, filles de huit à dix ans, etc.).

<sup>39</sup> Le questionnaire anglophone a été traduit par des traducteurs professionnels selon une procédure de « double-traduction », sous la supervision de l'équipe de recherche de Mme J-L Rouleau (Université de Montréal).

*distorsions cognitives*, celle des *intérêts sexuels* (65 items) et finalement celle de la *désirabilité sociale* (20 items).

1. *Échelle de distorsions cognitives* : Cette échelle de 25 items présente différentes croyances liées à la sexualité et aux rôles sexuels (p. ex. : croyances portant sur la normalité de comportements déviants, absence de conséquences pour les victimes, etc.) où l'adolescent doit se positionner face à l'énoncé (format de réponses vrai/faux). Les croyances présentées se regroupent en cinq catégories<sup>40</sup>. Le score varie de 0 à 5 selon le nombre de catégories pour lesquelles l'adolescent présente des erreurs de pensée (distorsions cognitives).

2. *Échelle des intérêts sexuels* : Il s'agit d'une liste de 65 situations à caractère sexuel déviant ou non devant lesquelles l'adolescent doit inscrire si la situation l'excite ou non (format de réponses oui/non). Dans le cadre de cette thèse, seules les 46 situations jugées déviantes seront retenues, situations qui se regroupent sous neuf catégories d'intérêts sexuels.<sup>41</sup> Le score varie ainsi de 0 à 9, selon le nombre de catégories d'intérêts sexuels déviants qui amènent l'adolescent à se dire excité.

3. *Échelle de désirabilité sociale* : L'adolescent doit répondre par vrai ou faux aux 20 différents énoncés liés à la désirabilité sociale. Le score varie de 0 à 100, où un score de 0 à 34 est qualifié de faible, de 35 à 54 de modéré et, finalement, de 55 et plus d'élevé.

---

<sup>40</sup> Les cinq catégories de croyances portent respectivement sur les thèmes suivants : 1. le consentement des victimes; 2. l'absence de conséquences pour les victimes; 3. l'absence de conséquences pour les agresseurs; 4. la normalité de comportements déviants; et 5. les pensées antisociales.

<sup>41</sup> Les neuf catégories sont les suivantes : 1. Fillette de 2 à 10 ans apparemment « consentante »; 2. Fillette de 2 à 10 ans en situation de viol; 3. Garçon de 2 à 10 ans apparemment « consentant »; 4. Garçon de 2 à 10 ans en situation de viol; 5. Viol d'adolescente; 6. Viol d'adolescent; 7. Inceste avec sœur; 8. Inceste avec frère; et 9. Transvestisme/fétichisme.

## **Autres mesures évaluatives : évaluation trimestrielle de l'atteinte des objectifs et mesure de satisfaction**

1. *Fiche d'évaluation trimestrielle – groupe expérimental* (voir Annexe 6) : Cette fiche s'adresse aux intervenants animateurs des groupes et permet d'évaluer, sur une échelle en dix points, où se situent les participants par rapport à l'*atteinte des objectifs* travaillés (une cote de zéro indique que le niveau d'atteinte de l'objectif est nul et une cote de 10, que l'atteinte de l'objectif est qualifiée d'excellente). Il y a trois versions de cette fiche étant donné qu'elle est à compléter à trois moments distincts dans le cadre des 30 rencontres de groupe.

2. *Questionnaire de satisfaction* : Les adolescents du groupe expérimental et ceux du groupe de comparaison sont invités à compléter, lors du second moment de mesure, un *Questionnaire de satisfaction* à l'endroit des services reçus. Ce questionnaire évalue 12 items (p. ex. : disponibilité des intervenants, rythme d'apprentissage, clarté du langage utilisé, etc.) sur une échelle en 7 points (une cote de 1 – *tout à fait d'accord* – à une cote de 7, *tout à fait en désaccord*), instrument développé par l'équipe de chercheurs pour les fins de l'étude. Le score total peut varier entre 12 et 84, où plus le score était faible, plus les répondants affirmaient être satisfaits (voir Tableau 23 pour l'énumération des items).

## **Procédures**

Comme le précédent chapitre l'a mis en lumière, les adolescents ont été soumis à une batterie d'évaluation de modalités variables : entrevue semi-structurée, divers instruments auto-rapportés et système de dépistage des intérêts sexuels de Abel. Pour chacun des adolescents, la totalité de cette évaluation a été d'une durée moyenne de cinq heures trente, échelonnées sur deux à trois rencontres individuelles, à raison d'une rencontre par jour. Le Tableau 6 présente le cadre de l'évaluation (méthode de collecte, temps de mesure, source d'information) en lien avec les différents objectifs de l'étude.

Tableau 6 – Cadre de la collecte de données lié aux objectifs de la recherche

Objectifs	Méthode de collecte	Temps de mesure	Source d'information
<b>Objectif 1 : Présenter quelques données d'implantation de l'étude</b>			
<b>Objectif 1.1 Description des services reçus (groupe expérimental)</b>			
1.1.1 Description de la participation au traitement de groupe (absences, qualité de participation, etc.)	Fiche de suivi du traitement de groupe	hebdomadaire	Intervenants
1.1.2 Description du traitement de groupe dispensé (objectifs travaillés, nombre de rencontres, etc.)	Fiche de suivi du traitement de groupe	hebdomadaire	Intervenants
1.1.3 Description des services traditionnels reçus	Fiche synthèse	post suivi	Intervenants
<b>Objectif 1.2 Description des services reçus (groupe de comparaison)</b>			
1.2.1 Description du nombre et du type de rencontres	Fiche synthèse	post suivi	Intervenants
<b>Objectif 2 : Décrire la clientèle des services offerts</b>			
2.1 Description des principales caractéristiques sociodémographiques et familiales, de l'histoire personnelle et des gestes posés	Entrevue semi-structurée	pré suivi	Adolescents
<b>Objectif 3 : Décrire les effets du traitement</b>			
3.1 Changements statistiques pré et post	13 questionnaires auto-révélés et instruments standardisés et Système de dépistage des intérêts sexuels	pré et post suivi	Adolescents
3.2 Comparaison des 2 groupes (expérimental et de comparaison) quant aux changements statistiques pré et post	13 questionnaires auto-révélés et instruments standardisés et Système de dépistage des intérêts sexuels	pré et post suivi	Adolescents
3.3 Changements cliniques pré et post	Pour 4 instruments standardisés	pré et post suivi	Adolescents
3.4 Atteinte des objectifs du traitement de groupe	Fiches de suivi trimestrielles	chaque trimestre	Intervenants (gr. expé)
3.5 Satisfaction rapportée par les participants	Questionnaire satisfaction	post suivi	Adolescents

## Procédures entourant les mesures pré-traitement

### Entrevue et questionnaires

Afin de rapprocher le plus possible les mesures « pré-traitement » du début du traitement (de manière à standardiser les moments de passation pour chacun des jeunes et d'éviter que le passage du temps ne soit un possible biais), toutes les évaluations des jeunes pour une cohorte donnée ont été faites à l'intérieur d'une période maximale de un mois précédant le début du traitement. Par ailleurs, étant donné que sur les territoires expérimentaux, les groupes de traitement sont des groupes dits « fermés » (c.-à-d. commençant à date fixe et n'accueillant pas, en cours de route, de nouveaux participants), il a été convenu avec les intervenants que, pour des raisons cliniques et éthiques, certaines mesures puissent être administrées avant l'ensemble de la batterie d'instruments, ce qui permet d'avoir rapidement un aperçu de l'état psychologique du jeune. En effet, l'entrevue semi-structurée et le questionnaire Jesness ont pu être effectués en-dehors de la fenêtre de un mois, dans une période précédant le traitement pouvant atteindre dans certains cas<sup>42</sup> jusqu'à quatre mois. À noter que les informations recueillies au moyen de ces instruments, notamment grâce à l'entrevue semi-structurée qui collige des données historiques, sont considérées comme plus « statiques » (moins sujettes à fluctuer dans le temps).

Étant donné que les intervenants du groupe expérimental souhaitent administrer eux-mêmes l'entrevue semi structurée, ils ont alors reçu la formation nécessaire afin que cette section de notre recherche fasse partie intégrante de leur processus d'accueil du jeune avant sa participation au traitement de groupe. De plus, il a été convenu que ces intervenants puissent appliquer eux-mêmes le questionnaire Jesness, qui faisait déjà souvent partie de leur protocole d'évaluation avant la mise en place de ce projet de recherche. Par ailleurs, l'entrevue semi-structurée des jeunes participants au groupe de

---

<sup>42</sup> Par exemple, un jeune référé au programme de traitement au mois de juin était invité à la prochaine cohorte de traitement débutant seulement au mois de septembre. Dans ce cas, un délai de 3 mois existait entre la passation de l'entrevue semi-structurée et l'ensemble de la batterie d'évaluation. L'impact de la variation des

comparaison a été administrée par des assistants de recherche qualifiés (étudiants universitaires du niveau de la maîtrise) et formés à la passation de cette entrevue. L'administration de l'entrevue s'est déroulée dans les différents points de services des centres jeunesse désignés. Lors de l'entrevue, l'intervieweur posait les questions les unes à la suite des autres et demandait à l'adolescent de développer davantage lorsque des clarifications s'imposaient.

Au cours des quatre années de collecte de données, une équipe de sept assistants de recherche a été mise à contribution pour administrer aux jeunes les 13 questionnaires de la recherche. Ces assistants possédaient un baccalauréat en psychologie et des capacités d'entrevue clinique auprès des jeunes, en plus d'avoir été formés par F. Lagueux à faire passer ces questionnaires de manière adéquate. Ils ont pris connaissance du manuel du protocole d'évaluation (Lagueux et al., 1999) lié à cette recherche, incluant les consignes précises ayant trait à l'administration de chacun des questionnaires.

### **Système de dépistage des intérêts sexuels de Abel**

D'une durée approximative d'une heure trente, l'administration du système de dépistage des intérêts sexuels de Abel a été effectuée par une équipe constituée de quatre assistantes de recherches qualifiées, deux étudiantes au doctorat en psychologie ayant reçu une formation spécialisée à Atlanta par M. Gene Abel, et deux autres étudiantes supervisées par celles-ci.<sup>43</sup>

---

délais au moment des passations a été considéré dans l'analyse statistique des résultats.

<sup>43</sup> Étant donné que, dans le cadre de ce projet, seules trois échelles de la section *questionnaire* ont été utilisées, la procédure entourant l'administration de l'ensemble de ce *système de dépistage des intérêts sexuels* (diapositives à évaluer + questionnaire à remplir) ne sera pas exposée. Mentionnons simplement que c'est à la suite de la présentation des diapositives que l'adolescent doit remplir le questionnaire de l'instrument de Abel.

## Procédures entourant les mesures post-traitement

La même batterie de tests (*questionnaires et système de dépistage des intérêts sexuels*) est administrée à nouveau aux participants après le traitement, soit 30 semaines après la première évaluation. À ce moment, les adolescents complètent également l'échelle de satisfaction à l'endroit des services reçus. À noter que l'entrevue semi-structurée n'est pas administrée une seconde fois, cet instrument mesurant plutôt les variables « statiques » (c.-à-d. liées à l'histoire du sujet). Si l'on tient compte des neuf mois de durée du traitement et du mois supplémentaire accordé pour compléter les évaluations, les mesures « *post-traitement* » s'effectuent donc en moyenne de neuf à dix mois après la première évaluation<sup>44</sup>.

## Procédures entourant les mesures d'implantation

Les intervenants du groupe expérimental sont invités, après chacune des rencontres, à compléter la *Fiche de suivi de groupe*. Comme l'animation des groupes est assurée par deux intervenants, chaque intervenant doit compléter, à la suite de chacune des sessions de groupe, cette fiche de manière indépendante de son collègue. Parallèlement, la *Fiche-synthèse* est acheminée aux intervenants offrant les services traditionnels (groupes expérimental et de comparaison) au moment du second temps d'évaluation. Les coordonnateurs de l'étude doivent s'assurer du retour de ces différentes fiches complétées.

---

<sup>44</sup> L'écart (nombre de jours) entre l'évaluation pré et post a différé pour les jeunes du groupe expérimental et ceux du groupe de comparaison : groupe expérimental – 347 jours; groupe de comparaison – 282,63 jours [ $F(1, 73) = 13,98, p < ,01 (0,000), \eta^2 = 0.16$ ]. Deux conduites peuvent expliquer cette différence. D'une part, certains dossiers des jeunes du groupe de comparaison ont été « fermés » (pour des motifs tels que la cessation du suivi, le déménagement d'un jeune, etc.) avant le moment établi au préalable pour le second temps d'évaluation (9 mois, moment qui respectait la durée prévue du traitement offert pour le groupe expérimental). Afin d'éviter de ne pouvoir retracer certains jeunes au moment du second temps d'évaluation, nous avons préféré, dans certains cas, les réévaluer plus rapidement. Par ailleurs, le traitement de certains jeunes du groupe expérimental a été interrompu durant l'été, repoussant de quelques semaines le moment de la post-évaluation. Toutefois, des analyses statistiques préliminaires ont permis de vérifier que ces variations n'ont pas eu d'impact sur les effets des traitements et ainsi, que cette variable ne constitue pas une covariable significative.



## Procédures entourant les mesures trimestrielles

Afin de connaître l'évolution des adolescents en cours de traitement de groupe, les intervenants du groupe expérimental sont invités à compléter la *Fiche d'évaluation trimestrielle*, où ils doivent se prononcer sur l'atteinte des objectifs à trois moments distincts, soit : Tr. 1. Après le premier trimestre – 10 rencontres; Tr.2. Après le second – 20 rencontres; et finalement, Tr. 3. Après le troisième – 30 rencontres.

## Procédures entourant la saisie de données

La saisie de données (sur le logiciel SPSS 11.5 – *Statistical Package for Social Science*) de l'ensemble des informations colligées au cours de la durée entière de la collecte de données s'est effectuée à l'Université de Montréal<sup>45</sup>, par une seule assistante de recherche qualifiée et supervisée par Fabienne Lagueux. L'ensemble de la saisie de données a été faite selon une procédure de « double-entrée », c'est-à-dire que chacune des données a été saisie à deux reprises (cette procédure permettant ainsi de mettre sur pied deux banques de données indépendantes). Les deux banques ont été ensuite « superposées », permettant tout d'abord de mettre en lumière tous les endroits où les données saisies différaient d'une entrée à l'autre pour ensuite corriger chacune des erreurs de saisies<sup>46</sup>. Une banque de données finales, entièrement corrigée à la lumière des erreurs mises en relief par cette méthode, a été complétée.

---

<sup>45</sup> Les résultats du système de Abel sont, pour leur part, envoyés et interprétés à Atlanta, et nous sont remis à l'intérieur de délais très rapides sous la forme d'un rapport complet de 7 pages et d'un graphique représentant les « scores Z » (pour les temps de fixation visuelle). Ces rapports ont été vérifiés par Julie Girouard et ont été par la suite intégrés au rapport clinique remis à l'intervenant. De plus, pour les fins des analyses statistiques, nous avons eu accès à la banque de données liée à notre échantillon (saisie de données sur SPSS).

<sup>46</sup> À chaque fois que les banques étaient ainsi superposées, les pourcentages moyens d'erreurs *avant corrections* ont été jugés très faibles. Ils se situaient en effet entre ,02 et ,06 %.

## Rédaction du rapport clinique

Un rapport-synthèse clinique complet (entrevue semi-structurée, questionnaires et résumé des résultats au système de dépistage de Abel) est remis à tous les intervenants impliqués dans le dossier du jeune (pour les groupes expérimentaux et de comparaison) dans un délai de deux à quatre semaines à la suite de chacun des deux moments d'évaluation<sup>47</sup>. Il est prévu que ce soit la coordonnatrice de l'étude qui achemine les rapports cliniques aux intervenants et ce, par courrier ou en personne. Celle-ci demeure disponible pour permettre des discussions cliniques afin de répondre, selon les besoins, aux questions des intervenants et les aider face à l'interprétation des résultats. Le rapport clinique (voir Annexe 7 pour un modèle de ce rapport) comporte une synthèse de l'entrevue semi-structurée et des questionnaires, de même qu'une section intitulée « pistes à explorer » et ce, pour les intervenants rattachés au groupe expérimental ainsi qu'à ceux rattachés au groupe de comparaison.

## Analyses statistiques

Le logiciel SPSS 11,5 est utilisé aux fins d'analyses statistiques. Des analyses descriptives ont d'abord permis de présenter un portrait des adolescents retenus, des gestes qu'ils ont posés et des services reçus. Avant de mesurer les effets du traitement comme tel, il a fallu procéder à une première série d'analyses de variance (ANOVA) qui avait pour objectif de vérifier si les adolescents agresseurs sexuels en provenance des trois centres jeunesse se distinguent significativement en ce qui a trait à l'ensemble des variables descriptives mesurées lors de l'évaluation initiale (pré-traitement). Par la suite, l'équivalence des adolescents en provenance des deux centres jeunesse constituant le groupe expérimental (c.-à-d. les adolescents des Centres jeunesse de la Mauricie Centre-du-Québec et ceux des Centres jeunesse de Lanaudière) a été vérifiée de façon à permettre le

---

<sup>47</sup> Les participants avaient consenti à la remise de ce rapport clinique aux intervenants.

regroupement des adolescents de ces deux territoires, en comparant aussi les changements obtenus du temps I au temps II.

Pour vérifier les hypothèses de l'étude, la technique d'analyses de variance bidimensionnelles (*two-way mixed ANOVA*), où le groupe (deux niveaux : absence versus présence de traitement de groupe structuré) tient lieu de facteur inter-sujets (*between subjects factor*) et le temps de mesure (prétest versus posttest) de facteur intra-sujets (*within subjects factor*), est utilisée. La comparaison entre les effets de la condition expérimentale (présence de l'ajout d'un traitement de groupe structuré aux services traditionnels) et les effets de la condition de comparaison (absence d'un traitement de groupe structuré, mais services traditionnels) est analysée par l'effet d'interaction. Des analyses de variance (ANOVA – 2 groupes X 2 temps) à mesures répétées sur la dernière variable sont faites sur l'ensemble des variables dépendantes. Les résultats sont rapportés en tenant compte des seuils fixés à  $*p < ,05$ ,  $**p < ,01$  et finalement à  $***p < ,001$ . Finalement, des analyses de variance distinctes sont faites pour les adolescents agresseurs du groupe expérimental selon le taux de participation aux rencontres. Ainsi, des analyses de variance à mesures répétées (2 temps x 3 conditions – moins de 67 %, de 67 % à 84 % et de plus de 84 %) sont aussi présentées.

En tenant compte des dernières recommandations dans ce domaine (Becker, 2000; Kramer et Rosenthal, 1999), l'analyse des effets du traitement ne s'appuiera pas sur le seul recours aux observations liées aux différents seuils statistiquement significatifs, mais utilisera également les tailles d'effets (ou « grandeurs d'effets » – *effect size*, force d'association, magnitude de traitement). En effet, se pencher sur l'analyse des tailles d'effets paraît d'autant plus approprié quand nous avons affaire à des études avec de petits échantillons (Kramer et Rosenthal, 1999)<sup>48</sup>.

---

<sup>48</sup> L'indice de taille d'effets est dit « indépendant » de la taille de l'échantillon (Becker, 2000). Il permet ainsi de qualifier l'amplitude du changement indépendamment de celle-ci. Dans les cas où la taille de l'échantillon est faible, le recours aux indices de grandeurs d'effets pourrait mettre en lumière des effets qui, avec l'augmentation de la taille de l'échantillon, s'avéreraient possiblement statistiquement significatifs.

Ainsi, deux indices de tailles d'effets sont utilisés. D'une part, le « d » de Cohen ( $d$ ) permet l'analyse de la taille de l'effet des *différences de moyennes* entre le prétest et le posttest, où des valeurs de 0,2, 0,5 et 0,8 sont à interpréter comme étant respectivement des effets dits « petits », « modérés » et « grands » (Cohen, 1988, cité dans Becker, 2000). D'autre part, l'Êta partiel carré ( $\eta_p^2$ ) est utilisé pour caractériser les *effets d'interaction* dans les analyses de variance<sup>49</sup>. En effet, il s'agit cette fois d'un indice de la grandeur de l'association entre un effet (ici l'effet d'interaction) et la variable dépendante (Becker, 2000; Tabachnick et Fidell, 2001). Ainsi, cette mesure serait à interpréter comme le  $r^2$ , où les valeurs de 0,01, 0,09 et 0,25 sont décrites comme respectivement « petites », « modérées » et « grandes » (Newton et Rudestam, 1999).

---

<sup>49</sup> L'Êta partiel carré ( $\eta_p^2$ ) est ici préféré à l'Êta carré ( $\eta^2$ ), le premier indice considérant dans son calcul l'erreur de variance contrairement au second. Ce choix tient compte des dernières recommandations en lien avec le recours aux tailles d'effets dans le contexte des analyses de variance (Becker, 2000).

## **Chapitre 3 – Résultats**

Les résultats sont présentés en trois sections : a) les données d'implantation de l'étude; b) la description de l'échantillon et c) les effets du traitement de groupe.

### **Objectif 1 – Présentation de quelques données d'implantation**

Cette section fait état, dans un premier temps, du traitement dispensé aux adolescents du groupe expérimental (recevant à la fois le traitement de groupe et les services traditionnels) et de leur degré de participation à ce traitement. Dans un deuxième temps, le traitement offert aux adolescents du groupe de comparaison (recevant les seuls services traditionnels) sera décrit.

#### **Objectif 1.1 – Description des services reçus (groupe expérimental)**

Au moins une des deux *fiches de suivi de groupe* a été complétée par les intervenants pour 51 jeunes (94 %), et ce à la suite de chacune des rencontres. De plus, pour 33 adolescents (61 %), il a été possible de recueillir 20 fiches et plus en provenance des deux évaluateurs.

##### **Objectif 1.1.1 – Participation des adolescents au traitement de groupe**

###### *Nombre et répartition des cohortes de jeunes recevant le traitement de groupe*

Le Tableau 7 présente les huit cohortes de jeunes recevant le traitement de groupe (six aux Centres jeunesse de la Mauricie Centre-du-Québec et deux aux Centres jeunesse de Lanaudière). Selon les cohortes, le nombre de participants par groupe variait de trois à dix; cinq cohortes comportaient huit adolescents et plus. Bien que le traitement proposé proposait 30 rencontres, le nombre de rencontres total par cohorte a varié de 24 à 30. Comme il était prévu que le traitement de groupe n'ait pas lieu durant les mois d'été (fin

juin à mi septembre), le nombre de semaines au cours desquelles se sont échelonnées les rencontres a varié lui aussi de 35 à 54 semaines selon que le début du traitement se soit situé à l'automne ou au cours de l'hiver. Ainsi, cinq cohortes sur huit ont connu une interruption du traitement de groupe durant la période estivale.

Tableau 7 – Informations quant au traitement de groupe dispensé par cohorte sur les territoires expérimentaux

Cohorte #	1	2	3	4	5	6	1	2	Total
	CJ MCQ	CJ MCQ	CJ MCQ	CJ MCQ	CJ MCQ	CJ MCQ	CJ L	CJ L	
<b>TRAITEMENT</b>									
Nombre AAS initial/cohorte	10	9	9	9	4	8	3	6	58
Nombre maximal de rencontres	30	27	30	30	24	29	30	30	
Traitement échelonné sur (nombre de semaines)	35	41	53	54	42	37	37	40	Moy 42,38
Interruption été?	non	oui	oui	oui	oui	non	non	oui	
Nombre d'abandons (3 rencontres et moins)	1	0	0	0	0	0	0	0	1
<b>ÉVALUATION</b>									
Refus post Questionnaires	0	1	1	0	1	0	0	0	3
n échantillon final	9	8	8	9	3	8	3	6	54
<b>Nombre d'AAS ayant un taux de participation entre :</b>									
40 %-67 %	3	1	2	2	1	0	0	0	9
67 %-84 %	2	2	1	4	0	1	1	0	11
84 %-100 %	4	5	5	3	2	7	2	6	34
Nombre rencontres moyenne/cohorte	22,11	21,94	25,50	22,22	20,00	26,83	26,33	28,67	Moy 24,15
Taux de participation moyen	74 %	81 %	85 %	74 %	83 %	93 %	88 %	96 %	83 %

CJ MCQ = Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec

CL L = Centre jeunesse de Lanaudière

### *Taux de participation*

Étant donné que le nombre de sessions de groupe offertes a varié selon les cohortes de traitement, il importe d'utiliser le *taux de participation* afin de pouvoir comparer les

résultats. En ne considérant que les jeunes ayant été retenus pour l'étude ( $n = 54$ , c'est à dire les jeunes du groupe expérimental ayant complété les questionnaires pré- et post-traitement), le taux moyen de participation aux rencontres des adolescents agresseurs sexuels est de 83 %. Il ressort que le nombre de rencontres auxquelles les jeunes ont participé varie de 12 à 30. En moyenne, le nombre de rencontres auxquelles a participé un adolescent agresseur sexuel est de 24,15 ( $ÉT = 5,19$ ). Neuf jeunes (17 %) ont eu un taux de participation entre 40 % et 67 %, 11 d'entre eux ont eu un taux entre 67 % et 84 % et dans le cas de la majorité de l'échantillon, c'est-à-dire 34 jeunes (63 %) ont eu un taux de participation entre 84 % et 100 %. Nous considérons qu'un seul jeune a abandonné le traitement (1,9 %), lorsqu'il a cessé sa participation après trois rencontres de groupe.

Rappelons qu'au départ, la mise en place de groupes de soutien et d'informations destinés aux parents et aux autres membres de la famille était prévue (une session de trois heures et autres sessions offertes au besoin). Trois sessions d'informations ont été proposées aux parents de trois des huit cohortes de traitement de groupe. Toutefois, le nombre de participants à chacune de ces rencontres était fort limité (de deux à quatre participants environ). Ce service a dû être abandonné au cours des années de collecte de données étant donné la faible participation des parents et un manque d'effectif du côté des intervenants.

### *Absences*

Au total, toutes cohortes confondues, les adolescents se sont absentés de 266 sessions, sur un nombre maximal de rencontres de groupe offertes de 1570. Lorsque l'information est disponible, les absences ont été généralement de type « absence sans avoir avisé ». Il importe toutefois de noter que 8 jeunes sur 54 (15 %) n'ont manqué aucune rencontre de groupe, 26 jeunes (48 %) ont manqué de une à quatre rencontres et finalement, 20 (37 %) se sont absentés à plus de quatre rencontres.

### *Qualité de participation*

Pour l'ensemble des 54 jeunes, la moyenne de la *qualité de participation* rapportée est de 3,43 ( $\text{ÉT} = 0,40$ ). L'appréciation que font les intervenants de la participation moyenne au groupe se situe ainsi entre *intervient peu mais bonne écoute et participe activement*. Vingt-quatre de ces jeunes (44 %) ont reçu une appréciation moyenne de leur participation supérieure à 3,5, alors qu'aucun n'a obtenu une cote moyenne inférieure à 2,0 (*dérangeant, n'écoute pas*).

### **Objectif 1.1.2 – Description du traitement de groupe dispensé**

#### *Objectifs visés durant les rencontres de groupe*

Après l'analyse des *fiches de suivi de groupe* recueillies, il ressort que les trois objectifs les plus fréquemment ciblés durant les rencontres se retrouvent parmi ceux liés à la *compréhension du processus de l'agression sexuelle* : 1. *travailler à l'intégration du processus de l'agression sexuelle*; 2. *sensibiliser aux sentiments et réactions des victimes*; 3. *reconnaître et décrire les faits*. Les cibles liées à la *modification des comportements* (spécifiques ou non à la problématique de l'agression sexuelle) paraissent avoir été moins prises en considération (p. ex. : se faire des amis, développer des relations avec les filles, gérer les conflits, etc.).

### **Objectif 1.1.3 – Description des services traditionnels reçus**

Pour ce qui est de la description des services traditionnels pour le groupe expérimental, nous n'avons reçu qu'un très faible nombre de fiches-synthèse complétées par les intervenants. Ainsi, il n'a pas été possible de documenter les services reçus par les adolescents (p. ex. : le nombre de rencontres en individuel) en dehors du traitement de groupe structuré.<sup>50</sup>

---

<sup>50</sup> Contrairement à ce qui a été fait pour le groupe de comparaison, la consultation directe des dossiers



## **Objectif 1.2 – Description des services reçus (groupe de comparaison)**

### **Objectif 1.2.1 – Description du nombre et du type de rencontres**

En ce qui a trait aux services reçus par les adolescents du groupe de comparaison (avec services traditionnels), la *fiche-synthèse* n'a été complétée que pour six des 19 adolescents de ce groupe. Toutefois, pour pallier ces données manquantes, la consultation directe des dossiers des jeunes a permis de compléter la cueillette d'informations pour tous les adolescents du groupe de comparaison (Tableau 8).

Plus des deux tiers des adolescents (13/19) ont participé à des rencontres avec l'intervenant délégué au dossier (LPJ et/ou LJC). Deux adolescents n'ont pas participé à des rencontres parce qu'ils furent référés à l'extérieur (fermeture de dossier). De plus, il a été difficile de recueillir de l'information concernant la participation à des rencontres pour quatre des jeunes (rencontres non précisées au dossier, etc.).

Pour les 13 adolescents ayant participé à des rencontres avec leurs délégués, le nombre moyen de rencontres total (c.-à-d. au cours des mois écoulés entre le pré et post) est de 7,2, et ce pour tous types de rencontres confondus (individuelles, familiales, dyadiques, etc.). Pour trois des 13 adolescents, les personnes présentes à la rencontre étaient clairement identifiées au dossier. Le nombre de rencontres a varié de deux à 15. Ainsi, quatre de ces 13 (31 %) jeunes ont participé à un nombre de rencontres allant de deux à cinq rencontres, cinq (38 %) de six à neuf rencontres et quatre (31 %) de 10 à 15 rencontres.

---

des jeunes n'a pas été possible compte tenu de l'ampleur, de la complexité et du nombre de dossiers à traiter.

Tableau 8 – Groupe de comparaison : caractéristiques des services reçus entre le moment de la *mesure pré-* et la *mesure post-* traitement.

Services reçus	% des AAS (n)
<b>Source d'information :</b>	
Dossier(s) du jeune	100 % (19/19)
Fiche-synthèse à l'intervenant	32 % (6/19)
<b>Type d'intervenants impliqués au dossier :</b>	
Délégué Protection jeunesse	79 % (15/19)
Délégué Jeunes contrevenants	58 % (11/19)
Délégué PJ et JC	42 % (8/19)
<b>Participation à des rencontres au centre jeunesse :</b>	
A participé à des rencontres avec délégué PJ et/ou JC :	68 % (13/19)
N'a pas reçu de services au CJ parce que référé à l'extérieur	11 % (2/19)
Information non disponible	21 % (4/19)
<b>Parmi les adolescents ayant participé à des rencontres au CJ (n = 13) :</b>	
Tous types confondus de rencontres (individuelles, familiales, ou dyadiques)	
Nombre de rencontres	$\bar{X} = 7,2$
de 2 à 5 rencontres	31 % (4/13)
de 6 à 9 rencontres	38 % (5/13)
de 10 à 15 rencontres	31 % (4/13)
Lorsque le type de rencontre est spécifié au dossier	23 % (3/13)
<b>Autres services reçus :</b>	
Services en privé (individuel) à l'extérieur des centres jeunesse	5 % (1/19)
A été placé en centre d'accueil avant ou pendant pré-post	42 % (8/19)

## Objectif 2 – Description de la clientèle des services offerts

Ce premier point visait à préciser les données d'implantation de la recherche. Il s'agit maintenant de faire ressortir les caractéristiques sociodémographiques et familiales des jeunes et de présenter certains éléments pertinents de leur histoire et de celle des gestes qu'ils ont posés.

Il importe de souligner que sur l'ensemble de ces caractéristiques (27 retenues), les adolescents des deux groupes *ne se distinguent pas* de manière statistiquement significative.

## Objectif 2.1 – Description des principales caractéristiques sociodémographiques et familiales, de l'histoire personnelle et des gestes posés

### Caractéristiques sociodémographiques

Les adolescents de l'échantillon retenu avaient en moyenne 14,06 ans ( $ÉT = 1,50$ ), la vaste majorité (près de 70 %) ayant de 11 à 14 ans (Tableau 9). Les trois quarts des adolescents de l'échantillon disent vivre des difficultés scolaires importantes telles que le redoublement, la classe de cheminement particulier, la suspension ou le renvoi scolaire.

Tableau 9 – Caractéristiques sociodémographiques des AAS

Caractéristiques	Gr. expérimental % N = 54	Gr. comparaison % N = 19	Total % N = 73	Test statistique Khi <sup>2</sup>
<b>Âge</b>				
Âge moyen	14,13 (1,4)	13,83 (1,79)	14,06 (1,50)	0,00
11 à 14	68,5	68,4	68,5	
15 et +	31,5	31,6	31,5	
<b>Occupation actuelle</b>				0,32
Études (temps plein ou partiel)	90,6	94,7	91,7	
Autres (travail, décrocheur)	9,4	5,3	8,3	
<b>Scolarité complétée</b>				5,10
Primaire	30,2	47,4	34,7	
Secondaire I ou II	50,9	21,1	43,1	
Secondaire III ou +	18,9	31,6	22,2	
<b>Difficultés scolaires</b>				4,84
Redoublement et/ou classe de type CP	24,1	33,3	26,4	
Renvoi ou suspension	44,4	61,1	48,6	
Ne s'applique pas	31,5	5,6	25,0	

nsp : le test Khi<sup>2</sup> ne s'applique pas (est invalide) considérant le nombre de cellules avec un  $n < 5$

\* si  $p < ,05$

## Caractéristiques familiales

À la lumière de l'entrevue complétée, il ressort que plus de jeunes vivaient chez l'un des deux parents (45 %) plutôt que chez les deux (Tableau 10), ou encore, qu'ils vivaient dans un autre milieu de vie (p. ex. : placement). La moitié des mères ne travaillait pas (chômage, aide sociale). Pour plus de la moitié des adolescents, les parents sont séparés ou divorcés et pour plus de la moitié de ces adolescents, la rupture serait survenue alors que les enfants avaient cinq ans ou moins.

Tableau 10 – Caractéristiques sociodémographiques entourant les éléments familiaux des AAS

Caractéristiques	Gr. expérimental % N = 54	Gr. comparaison % N = 19	Total % N = 73	Test statistique Khi <sup>2</sup>
<b>Résidence du jeune</b>				2,42
2 parents	33,3	15,8	28,8	
1 des 2 parents	40,7	57,9	45,2	
Autres (p. ex. : placement)	25,9	26,3	26,0	
<b>Source revenu père</b>			N = 63	nsp
Professionnel/cadre/ou métier spécialisé	56,3	26,7	49,2	
Métier non spécialisé	29,2	60,0	36,5	
Chômage ou autres	14,6	13,3	14,3	
<b>Source revenu mère</b>				0,75
Professionnel/cadre/ou métier spécialisé	19,2	11,8	17,4	
Métier non spécialisé	32,7	29,4	31,9	
Chômage ou autres	48,1	58,8	50,7	
<b>Statut civil</b>				3,27
Mariés/conjoints	38,5	15,8	32,4	
Divorcés/séparés/ Autres (remariés, décès)	61,5	84,2	67,6	
<b>Âge du jeune au moment de la séparation</b>	N = 29	N = 15	N = 44	0,96
0 – 5 (préscolaire)	62,1	46,7	56,8	
6 et + (scolaire)	37,9	53,3	43,2	

nsp : le test Khi<sup>2</sup> ne s'applique pas (est invalide) considérant le nombre de cellules avec un n < 5

\* si p < ,05

## Histoire sexuelle et histoire d'agression subies

Il appert (Tableau 11) que la première expérience sexuelle vécue par les adolescents ne serait qualifiée de « normale » que par moins du quart d'entre eux (22 %). Pour bon

nombre des jeunes (46 %), leur première expérience sexuelle prendrait la forme d'actes déviants posés par eux, alors que pour les autres (26 %), celle d'une victimisation sexuelle subie. Peu d'adolescents (6 %) affirment n'avoir eu aucune expérience sexuelle avant l'agression sexuelle qu'ils ont eux-mêmes commise.

Tableau 11 – Histoire sexuelle des AAS et histoire d'abus qu'ils ont subis

Variables	Gr. expérimental % N = 54	Gr. comparaison % N = 19	Total % N = 73	Test statistique K $\chi^2$
<b>A reçu cours de sexualité à l'école</b>	78,0	63,2	73,3	1,48
<b>A reçu éducation sexuelle des parents</b>	44,4	36,8	42,5	0,33
<b>Première expérience sexuelle</b>				nsp
Normale	22,2	22,2	22,2	
Déviante	50,0	33,3	45,8	
Victimisation	22,2	38,9	26,4	
Aucune	5,6	5,6	5,6	
<b>Vécu abus physiques</b>	33,3	36,8	34,2	0,08
<b>Vécu abus psychologiques</b>	38,5	31,6	36,6	0,28
<b>Vécu agressions sexuelles</b>	31,5	36,8	32,9	0,18
<b>Histoire d'agression sexuelle</b>	N = 17	N = 7	N = 24	
<b>Parmi les victimes d'AS :</b>				
<b>Qui a infligé AS</b>	N = 17	N = 7	N = 24	nsp
Figure parentale	5,9	28,6	12,5	
Fratrie	5,9	14,3	8,3	
Famille élargie	23,5	42,9	29,2	
Autres	64,7	14,3	50,0	
<b>Gestes subis</b>	N = 15	N = 5	N = 20	nsp
Tentative pénétration et/ou pénétration	46,7	40,0	45,0	
<b>Niveau de contrainte</b>	N = 14	N = 6	N = 20	0,95
Sans contrainte verbale et/ou physique	42,9	66,7	50,0	
Avec contrainte verbale et/ou physique	57,1	33,3	50,0	

nsp : le test K $\chi^2$  ne s'applique pas (est invalide) considérant le nombre de cellules avec un n < 5

\* si p < ,05

De plus, plusieurs adolescents affirment avoir subi une forme ou une autre d'abus. Les abus de type psychologique sont les plus fréquemment rapportés (37 %), suivi des abus physiques (34 %) et, enfin, des agressions sexuelles (33 %). Parmi les vingt-quatre jeunes qui disent avoir eux-mêmes été victimes d'agressions sexuelles, une moitié d'entre eux

rapportent l'avoir été par un membre de la famille proche ou éloignée. Près de la moitié (45 %) rapportent avoir subi des tentatives de pénétration ou des pénétrations.

### Description des gestes posés

La plupart des adolescents (70 %) affirment n'avoir fait qu'une seule victime (Tableau 12). La spécificité en ce qui concerne le sexe de leurs victimes semble importante pour la majorité des adolescents, considérant le fait que seulement 3 % rapportent avoir posé des gestes à la fois envers des filles et envers des garçons. Une grande majorité (80 %) rapportent avoir commis des gestes impliquant des attouchements et de la masturbation, viennent ensuite dans l'ordre les contacts oraux-génitaux (32,9 %), les tentatives de pénétration sous diverses formes (24,7 %) et, enfin, les gestes n'impliquant aucune forme de touchers (16,4 %).

Tableau 12 – Caractéristiques des agressions sexuelles commises par les AAS

Caractéristiques	Gr. expérimental %	Gr. comparaison %	Total %	Test statistique Khi <sup>2</sup>
<b>% du nombre d'agresseurs</b>	<i>N</i> = 54	<i>N</i> = 18	<i>N</i> = 72	
<b>Nombre de victimes<sup>a</sup></b>				0,25
Une	68,5	75,0	70,0	
Deux et +	31,5	25,0	30,0	
<b>Inceste dans la fratrie</b>	37,0	32,0	35,6	0,18
<b>Spécificité de la victime</b>				nsp
Agresseur de filles	66,7	81,2	70,0	
Agresseur de garçons	29,6	18,8	27,1	
Agresseur mixte	3,7	0	2,9	
<b>Type de gestes posés<sup>b</sup></b>				nsp
Sans touchers (exhib.)	22,2	0	16,4	
Masturbation/attouchements	85,2	68,4	80,8	
Contacts oraux-génitaux	38,9	15,8	32,9	
Tentative pénétration et/ou pénétration	27,8	15,8	24,7	
Autres	14,8	0	11,0	

nsp : le test Khi<sup>2</sup> ne s'applique pas (est invalide) considérant le nombre de cellules avec un  $n < 5$

\* si  $p < ,05$

- Deux des jeunes du groupe de comparaison rapportent à cette question n'avoir fait aucune victime, d'où le fait que la somme des pourcentages rapportés est inférieure à 100 %.
- La somme des pourcentages peut excéder 100 % étant donné qu'un jeune peut avoir posé plus d'une forme de gestes.

Les adolescents devaient, dans le cadre de l'entrevue semi-structurée, répondre à un certain nombre de questions à propos de chacune de leurs victimes. En regroupant le nombre de victimes rapportées, nous obtenons un total de 105 victimes pour lesquelles nous avons de l'information (Tableau 13). Ainsi, de ce nombre, près des deux tiers sont des filles, âgées le plus souvent de six à 10 ans. Finalement, les adolescents rapportent généralement (76 %) ne pas avoir fait usage de contraintes verbales ou physiques auprès de leurs victimes.

Tableau 13 – Caractéristiques des victimes d'agressions sexuelles commises par les AAS

Caractéristiques	Gr. expérimental %	Gr. comparaison %	Total %	Test statistique Khi <sup>2</sup>
<b>% du total de victimes</b>	<i>N</i> = 82	<i>N</i> = 23	<i>N</i> = 105	
<b>Sexe des victimes</b>				2,08
Féminin	62,0	78,3	65,7	
Masculin	38,0	21,7	34,3	
<b>Âge des victimes</b>				2,04
0 à 5	32,9	17,4	29,2	
6 à 10	45,2	56,5	47,9	
11 et +	21,9	26,1	22,9	
<b>Nombre d'agresseurs</b>				nsp
A agi seul	97,3	73,9	91,8	
Avec un autre	2,7	17,4	6,1	
autre	0	8,7	2,1	
<b>Niveau de contrainte</b>				nsp
Sans contrainte	64,4	73,7	66,3	
Séduction, cadeaux	9,6	10,5	9,8	
Verbale et/ou physique	26,0	15,8	23,9	

nsp : le test Khi<sup>2</sup> ne s'applique pas (est invalide) considérant le nombre de cellules avec un *n* < 5

\* si *p* < ,05

## Objectif 3 – Résultats des effets de traitement

### Objectif 3.1 – Changements statistiques entre le pré- et le post- test

En premier lieu, une série de Tests-T a été faite afin de comparer les deux groupes (expérimental et de comparaison) au pré-test sur l'ensemble des moyennes obtenues. Les résultats de ces tests ont permis de vérifier que ces deux groupes présentaient un profil très

semblable, sauf sur quatre variables (sur un total de 55)<sup>51</sup>. Des différences ont été notées en ce qui a trait à la présence d'une relation conflictuelle avec le père, d'un attachement qualifié d'insécure avec le père, d'une confiance en soi excessive et, finalement, d'une difficulté à reconnaître sa responsabilité face à la récidive. Sur chacune de ces quatre variables, les adolescents du groupe de comparaison présentaient au départ un niveau de difficulté plus grand que ceux du groupe expérimental.

Par la suite, l'analyse des tailles d'effets<sup>52</sup> et des résultats aux ANOVA permettra de présenter, pour chacune des dimensions cliniques évaluées, les principaux effets observés pour le groupe expérimental et le groupe de comparaison.

### **État psychologique et personnalité**

En ce qui a trait à l'état psychologique des adolescents de l'échantillon (Tableau 14), des améliorations entre les deux temps de mesure sont notées pour les deux groupes. Pour les adolescents ayant participé au traitement de groupe, une amélioration importante est observée quant à l'état dépressif sur l'instrument de Beck ( $d = 0,94$  : large taille d'effet). Des effets d'une grandeur moindre sont aussi présents chez ces adolescents sur les échelles de dépression ( $d = 0,68$  : taille d'effet modérée) et du stress post-traumatique ( $d = 0,61$ ; taille d'effet modérée) de l'instrument de Brière. En ce qui concerne le groupe de comparaison, seule une amélioration en ce qui a trait aux symptômes dépressifs, obtenue sur le Beck, peut être qualifiée de « modérée » ( $d = 0,55$ ). Toutefois, il importe de souligner que les scores des deux groupes semblent augmenter à l'échelle du *déni* au Jesness au post-traitement, donc semblent aller dans le sens d'une détérioration, avec une amplitude de changement qualifiée de « modérée » pour le groupe expérimental ( $d = 0,52$ )

---

<sup>51</sup> Résultats des tests-t pour lesquels les deux groupes étaient distincts :  $T = 2,64$ ,  $dl = 60$ ,  $p = ,016^*$ - conflits avec le père;  $T = 3,03$ ,  $dl = 63$ ,  $p = ,004^{**}$ - attachement insécure avec le père;  $T = -2,3$ ,  $dl = 71$ ,  $p = ,03^*$ - responsabilité par rapport à la récidive;  $T = 2,85$ ,  $dl = 70$ ,  $p = ,006^{**}$ - confiance excessive.

<sup>52</sup> Pour ne pas alourdir le texte, ne seront généralement présentés et discutés que les changements liés à des tailles d'effets qualifiées de « modérées » ou de « larges », c.-à-d. dont les valeurs sont strictement supérieures à 0,50.



et rejoignant presque ce seuil pour le groupe de comparaison ( $d = 0,45$ ).

Tableau 14 – Différences des moyennes et analyses de variances entre le pré- et le post-test sur les échelles d'états psychologiques et de personnalité

Variable	Gr.	Différences de moyennes						Analyses de variance			
		n	M pré-	DS	M post-	DS	d	F(Temps)	F(Gr)	F(TxGr)	$\eta p^2$
<b><i>Inventaire de dépression de Beck</i></b>											
Dépression score total	Exp	53	10,66	8,40	4,26	4,78	0,936	31,44**	5,14*	0,01	0,000
	Comp.	17	15,00	12,27	8,82	10,22	0,547				
<b><i>TSC-Brière</i></b>											
Anxiété	Exp	54	4,83	3,41	3,57	3,31	0,375	6,13*	6,47*	0,32	0,005
	Comp.	17	7,53	5,95	5,53	5,61	0,346				
Dépression	Exp	54	5,63	3,87	3,28	3,01	0,678	14,8***	8,04**	0,04	0,001
	Comp.	17	8,41	6,43	6,23	5,76	0,357				
Stress	Exp	54	7,56	4,16	5,17	3,65	0,611	16,86***	6,64*	0,38	0,006
	Comp.	17	10,82	6,95	7,59	6,22	0,490				
Préoccupations sexuelles	Exp	54	5,48	3,50	4,63	2,91	0,264	1,96	0,95	0,07	0,001
	Comp.	17	6,29	4,88	5,71	6,46	0,101				
Dissociation	Exp	54	6,39	4,04	4,67	3,91	0,433	14,17***	3,35	1,18	0,017
	Comp.	17	9,24	7,03	6,12	6,76	0,452				
Colère	Exp	54	6,35	4,10	4,57	3,49	0,468	6,66**	0,88	0,12	0,002
	Comp.	17	7,06	4,78	5,71	5,45	0,263				
<b><i>Inventaire de Personnalité de Jesness</i></b>											
Mésadaptation sociale SM	Exp	48	51,17	13,96	49,19	12,94	0,147	3,37	3,5	0,81	0,013
	Comp.	15	59,53	14,75	53,73	14,17	0,401				
Orientation valeurs VO	Exp	48	48,58	9,64	47,85	10,99	0,071	2,2	1,14	0,93	0,015
	Comp.	15	52,73	8,77	49,27	9,13	0,387				
Agressivité manifeste MA	Exp	48	51,21	13,45	46,98	10,88	0,346	6,59**	0,87	0,00	0,000
	Comp.	15	54,13	10,17	49,67	8,62	0,473				
Refoulement REP	Exp	48	54,35	11,00	56,08	9,99	-0,165	0,8	0,01	0,11	0,002
	Comp.	15	55,07	11,24	55,87	11,67	-0,070				
Déni DEN	Exp	48	51,42	11,41	57,17	10,58	-0,523	12,04***	0,99	0,17	0,003
	Comp.	15	49,20	9,84	53,73	10,44	-0,447				

\* $p < ,05$ , \*\* $p < ,01$ , \*\*\* $p < ,001$

Notes concernant les tailles d'effet :

Valeurs de l'indice  $d$  de Cohen : 0,2 = petit; 0,5 = modéré; 0,8 = large

Valeurs de l'Éta partiel au carré : 0,01 = petit; 0,09 = modéré; 0,25 = large

Par ailleurs, les changements mesurés statistiquement entre les deux temps de mesure ne sont pas significativement plus grands pour le groupe expérimental que pour le groupe de comparaison, et ce pour chacune des 12 dimensions ici mesurées. À la lumière de ces résultats (analyse des effets d'interaction et des  $\eta^2$  carré partiels), il semble qu'une participation au traitement de groupe n'entraîne pas davantage de gains quant à l'état psychologique général qu'une participation à des services traditionnels.

### **Attitudes et attachement face aux figures parentales**

Bien que globalement des améliorations soient notées entre les temps de mesure en ce qui a trait à la qualité de la relation et celle de l'attachement face aux parents pour les deux groupes (Tableau 15), l'amplitude de ces changements n'est pas suffisante pour être qualifiée de « large » ou même de « modérée ». Notons toutefois que l'amélioration observée est presque qualifiable de « modérée » (valeur de l'indice  $d$  de Cohen) pour ce qui est de l'attitude face au père et l'attachement à l'égard de celui-ci pour les jeunes du groupe de comparaison, respectivement de 0,42 et de 0,37.

Tableau 15 – Différences des moyennes et analyses de variance entre le pré et le post-test quant aux attitudes et à l'attachement à l'endroit des figures parentales

Variable	Gr.	Différences de moyennes						Analyses de variance			
		n	M pré-	DS	M post-	DS	d	F(Temps)	F(Gr)	F(TxGr)	$\eta p^2$
CAM/CAF/CAC											
Attitudes face à mère	Exp	53	19,96	16,91	18,43	16,22	0,092	0,12	0,06	0,06	0,001
	Comp.	16	18,38	12,32	18,13	15,28	0,018				
Attitudes face au père	Exp	43	14,72	13,60	12,16	10,63	0,210	14,75***	13,32***	6,54*	0,103
	Comp.	16	38,44	30,40	25,69	30,02	0,422				
Attitudes face au conjoint	Exp	21	25,76	28,75	26,86	27,42	-0,039	0,24	0,67	0,49	0,018
	Comp.	8	38,25	34,55	32,13	27,24	0,197				
IPPA											
Attachement mère	Exp	54	95,13	21,31	96,12	15,74	-0,053	0,08	0,00	0,00	0,000
	Comp.	16	95,31	16,81	96,13	15,76	-0,050				
Attachement père	Exp	54	97,11	20,65	99,55	16,36	-0,131	6,69*	9,53**	2,53	0,040
	Comp.	16	75,81	26,11	86,06	29,25	-0,370				

\* $p < ,05$ , \*\* $p < ,01$ , \*\*\* $p < ,001$

Notes concernant les tailles d'effet :

Valeurs de l'indice d de Cohen : 0,2 = petit; 0,5 = modéré; 0,8 = large

Valeurs de l'Éta partiel au carré : 0,01 = petit; 0,09 = modéré; 0,25 = large

Au moyen des analyses de variance, une différence statistiquement significative est observée entre les deux groupes en faveur du groupe de comparaison. En effet, le changement observé pour les jeunes du groupe de comparaison est significativement plus grand que pour ceux du groupe expérimental en ce qui a trait à une échelle, soit celle des *attitudes face au père* [CAF :  $F(1, 59) = 6,54$ ,  $p < ,05$  (0,013),  $\eta p^2 = 0,10$ ]. Il importe de souligner qu'au départ, les jeunes du groupe de comparaison se distinguaient de manière statistiquement significative des jeunes du groupe expérimental quant à cette échelle, les premiers vivant avec leur père une relation « cliniquement problématique », contrairement aux seconds. En ce qui a trait à la présence de conflits avec le conjoint de la mère, les adolescents du groupe de comparaison semblent vivre une relation qualifiée de conflictuelle et ce, tant en début qu'en fin de traitement, malgré la diminution du score moyen rapporté.

### Compréhension du processus de l'agression sexuelle, intérêts sexuels et distorsions cognitives

Dans l'ensemble, les résultats tendent à s'améliorer, chez les adolescents des deux groupes, entre les deux temps de mesure en ce qui a trait au niveau de compréhension des gestes posés (QCG)<sup>53</sup> (Tableau 16). Cependant, pour aucun des deux groupes les changements ne peuvent être qualifiés de « larges ». Par ailleurs, pour les jeunes ayant participé au traitement de groupe (groupe expérimental), des améliorations « modérées » sont notées en ce qui a trait à trois dimensions du Questionnaire de compréhension des gestes (QCG), soit : *reconnaître sa responsabilité pour les gestes commis* ( $d = 0,50$ ); *comprendre le processus de l'agression* ( $d = 0,64$ ); *reconnaître avoir planifié les gestes* ( $d = 0,68$ ). Aucune différence de moyennes entre les deux temps de mesure ne peut être qualifiée d'aussi grande pour le groupe de comparaison.

Les analyses de variance ont permis d'appuyer cette distinction entre les deux groupes en mettant en évidence un effet qui distingue significativement les jeunes ayant participé au groupe expérimental des jeunes du groupe de comparaison. En effet, il ressort de manière significative que, à la fin de l'intervention de groupe, les jeunes du premier groupe semblent reconnaître davantage que leurs gestes étaient « planifiés » [ $F(1, 69) = 5,19, p < ,05 (0,026), \eta_p^2 = 0,07$ ].

---

<sup>53</sup> Tout au plus peut-on noter, sur l'échelle de « compréhension des concepts de base » une diminution des scores (détérioration), mais il s'agit d'une diminution très faible, soit de 0,2 ( $d = 0,01$ ) pour le groupe expérimental et de 1,18 ( $d = 0,31$ ) pour le groupe de comparaison.

Tableau 16 – Différences des moyennes et analyses de variances entre le pré- et le post-test quant aux dimensions liées à la compréhension du processus de l'agression sexuelle : gestes posés, distorsions cognitives et intérêts sexuels.

Variable	Gr.	Différences de moyennes						Analyses de variance			
		n	M pré-	DS	M post-	DS	d	F(Temps)	F(Gr)	F(TxGr)	$\eta p^2$
Compréhension des gestes											
Comprendre concepts légaux	Exp	54	25,61	2,02	25,59	5,09	0,005	0,16	0,09	1,71	0,024
	Comp.	17	26,77	2,02	25,59	5,09	0,305				
Reconnaître sa responsabilité	Exp	54	22,67	4,19	22,75	4,39	-0,019	8,09**	2,9	0,00	1,000
	Comp.	16	20,75	7,20	22,75	4,39	-0,335				
Responsabilité gestes	Exp	54	10,26	3,24	11,82	3,04	-0,497	4,35*	0,59	0,65	0,009
	Comp.	16	10,13	3,86	10,81	3,08	-0,195				
Responsabilité risques récidive	Exp	54	12,41	2,38	12,85	2,25	-0,190	3,97*	4,62*	0,97	0,014
	Comp.	17	10,63	4,06	11,94	3,38	-0,351				
Empathie pour victime	Exp	54	159,04	35,23	175,55	38,83	-0,445	9,36**	0,60	0,03	0,000
	Comp.	16	165,13	41,32	183,63	36,96	-0,472				
Reconnaître conséquences pour victimes	Exp	54	102,43	19,75	108,65	20,83	-0,306	5,96*	0,00	0,13	0,002
	Comp.	17	101,29	26,46	109,71	17,35	-0,376				
Reconnaître sentiments victimes	Exp	54	57,00	23,78	67,85	27,48	-0,422	5,23*	1,55	0,04	0,001
	Comp.	17	65,56	26,60	74,63	31,50	-0,311				
Comprendre le processus de l'agression sexuelle	Exp	54	55,20	11,12	64,07	16,18	-0,639	5,59*	2,82	2,99	0,042
	Comp.	17	53,56	12,98	54,94	12,06	-0,110				
Reconnaître planification	Exp	53	15,40	7,15	21,26	9,81	-0,683	6,16*	2,24	5,19*	0,072
	Comp.	16	15,13	8,19	15,38	7,43	-0,032				
Reconnaître intérêt sexuel	Exp	54	8,72	6,32	10,87	7,31	-0,315	0,31	0,53	2,34	0,033
	Comp.	16	9,13	6,05	8,13	6,33	0,162				
Reconnaître remords	Exp	54	22,52	4,91	23,07	5,41	-0,106	1,56	0,14	0,30	0,005
	Comp.	16	21,63	4,66	23,06	5,35	-0,285				
Reconnaître être à risque	Exp	54	8,17	1,53	8,33	1,43	-0,108	2,33	0,37	0,94	0,014
	Comp.	16	7,69	1,70	8,44	1,50	-0,468				
Désirabilité sociale – Abel											
score total	Exp	37	59,73	20,14	57,03	19,31	0,137	0,08	0,33	0,19	0,004
	Comp.	9	61,67	17,68	62,22	18,89	-0,030				

Variable	Gr.	Différences de moyennes						Analyses de variance			
		n	M pré-	DS	M post-	DS	d	F(Temps)	F(Gr)	F(TxGr)	$\eta p^2$
<i>Intérêts sexuels déviants – Abel</i>											
score total	Exp	37	4,14	4,55	3,51	3,12	0,161	2,69	0,11	0,85	0,019
	Comp.	9	4,56	4,80	2,33	1,94	0,609				
<i>Distorsions cognitives – Abel</i>											
score total	Exp	37	3,60	3,81	1,84	2,24	0,563	17,67***	0,16	0,75	0,017
	Comp.	9	4,44	3,17	1,78	1,72	1,043				

\*p < ,05, \*\*p < ,01, \*\*\*p < ,001

Notes concernant les tailles d'effet :

Valeurs de l'indice *d* de Cohen : 0,2 = petit; 0,5 = modéré; 0,8 = large

Valeurs de l'Éta partiel au carré : 0,01 = petit; 0,09 = modéré; 0,25 = large

Les adolescents des deux groupes connaissent une réduction importante au niveau de leurs *distorsions cognitives* entre les deux moments de mesure (Tableau 16). Cette réduction peut être qualifiée de modérée ( $d = 0,56$ ) pour les jeunes du groupe expérimental, et de large ( $d = 1,04$ ) pour ceux du groupe de comparaison. Sur le plan statistique, il n'y a toutefois pas de différence significative entre les deux groupes quant à cette dimension. Il en est de même pour ce qui est de la réduction des *intérêts sexuels déviants*. En effet, même si l'indice *d* de Cohen semble, à première vue, montrer que les jeunes du groupe de comparaison s'améliorent plus ( $d = 0,60$  – effet modéré) que ceux du groupe expérimental ( $d = 0,16$  – effet petit), les résultats obtenus aux analyses de variance ne permettent pas d'appuyer cette observation; statistiquement, le niveau de réduction des intérêts sexuels déviants est sensiblement le même pour les adolescents des deux groupes.

Il importe de souligner que les jeunes des deux groupes ne présentent aucune diminution significative à l'échelle de désirabilité sociale proposée par l'instrument de Abel, situant les deux groupes à un niveau jugé « élevé », tant avant qu'après le traitement. Il appert, à la lumière de cette échelle, que les jeunes des deux groupes sont sujets à la désirabilité sociale aux deux moments d'évaluation.

### **Perception de soi, habiletés sociales, sentiments de solitude et gestion du stress**

Sur le plan de la perception de soi (SPPA), on note des améliorations entre les deux temps de mesure et ce, pour les deux groupes (Tableau 17). Par ailleurs, l'indice  $d$  de Cohen révèle que, pour les jeunes du groupe expérimental, la taille de l'amélioration peut être qualifiée de « modérée » en ce qui a trait à *l'estime de soi globale* ( $d = 0,52$ ) et de presque « modérée » pour la perception à l'égard de leur conduite ( $d = 0,49$ ). Pour les jeunes du groupe de comparaison, on note un indice  $d$  qualifié de « modéré » pour deux dimensions, soit la *perception de la compétence sociale* ( $d = 0,64$ ) et aussi celle entourant la perception de leur *conduite* ( $d = 0,53$ ). Par ailleurs, ces changements observés ne sont pas statistiquement plus grands pour un groupe que pour l'autre. Même si on note des améliorations sur le plan des habiletés sociales sur le MESSY entre les deux temps de mesure pour les deux groupes, aucune de ces améliorations ne mérite d'être qualifiée de « large » ou de « modérée ». En ce qui a trait aux sentiments de solitude perçue mesurés par le UCLA, les deux groupes présentent une amélioration des scores. Toutefois, la taille d'effet pour le groupe expérimental peut être qualifiée de « modérée » ( $d = 0,51$ ), et non celle du groupe de comparaison ( $d = 0,25$ ). Une fois de plus, ce résultat ne reçoit pas statistiquement un appui quand on effectue des analyses de variance, ce qui suggère qu'entre les groupes les différences ne sont pas significatives. Enfin, et ce auprès des adolescents des deux groupes, aucun changement significatif n'est noté entre les deux temps de mesure en ce qui a trait aux types de réponses présentées par les jeunes lorsqu'ils sont exposés à des situations anxiogènes (CISS).

Tableau 17 – Différences des moyennes et analyses de variances entre le pré- et le post-test sur les échelles mesurant diverses habiletés personnelles et sociales

Variable	Gr.	Différences de moyennes						Analyses de variance			
		n	M pré-	DS	M post-	DS	d	F(Temps)	F(Gr)	F(TxGr)	$\eta p^2$
SPPA – Harter											
Compétences sociales	Exp	54	2,72	0,76	2,89	0,65	-0,240	13,05***	0,19	2,39	0,034
	Comp.	16	2,67	0,72	3,10	0,62	-0,640				
Acceptation sociale	Exp	54	2,92	0,65	3,14	0,59	-0,354	4,25*	1,57	0,18	0,003
	Comp.	16	2,73	0,99	2,88	0,90	-0,159				
Compétences sportives	Exp	54	3,02	0,68	3,13	0,62	-0,169	2,04	0,46	0,00	0,000
	Comp.	16	3,14	0,69	3,24	0,55	-0,160				
Apparence physique	Exp	54	3,04	0,68	3,12	0,64	-0,121	2,67	1,21	0,63	0,009
	Comp.	16	2,78	0,76	3,01	0,78	-0,299				
Conduite	Exp	54	2,64	0,61	2,92	0,52	-0,494	14,64***	1,95	0,03	0,000
	Comp.	16	2,43	0,66	2,74	0,51	-0,526				
Attirance romantique	Exp	54	2,91	0,55	3,10	0,56	-0,342	4,43*	1,30	0,00	0,000
	Comp.	16	2,75	0,77	2,95	0,60	-0,290				
Amitiés proches	Exp	53	3,01	0,71	3,21	0,65	-0,293	4,44*	0,71	0,14	0,002
	Comp.	16	2,83	0,99	3,11	0,66	-0,333				
Estime de soi globale	Exp	54	2,98	0,61	3,27	0,49	-0,524	12,85***	4,17*	0,11	0,002
	Comp.	16	2,65	0,82	2,99	0,73	-0,438				
Habiletés sociales – MESSY											
Habiletés sociales appropriées	Exp	53	50,28	11,18	47,53	12,26	0,234	2,02	0,07	0,02	0,000
	Comp.	17	49,18	16,98	46,94	14,24	0,143				
Affirmation de soi	Exp	53	26,96	7,21	26,34	7,88	0,082	1,23	2,46	0,19	0,003
	Comp.	17	30,47	9,25	29,06	8,20	0,161				
Traits impulsifs	Exp	53	11,13	3,57	10,94	3,87	0,051	1,26	0,07	0,56	0,008
	Comp.	17	11,76	3,78	10,82	4,57	0,224				
Confiance excessive	Exp	53	8,56	2,64	9,60	2,85	-0,379	0,29	3,98*	1,99	0,028
	Comp.	17	10,65	3,35	10,18	4,56	0,117				
Jalousie	Exp	53	6,79	2,78	5,96	2,23	0,329	3,13	2,32	0,24	0,004
	Comp.	17	7,59	2,85	7,12	3,22	0,155				
score total	Exp	53	123,45	23,01	119,21	24,19	0,180	4,17*	0,87	0,23	0,003
	Comp.	17	130,47	24,69	123,65	26,83	0,265				



Variable	Gr.	Différences de moyennes						Analyses de variance			
		n	M pré-	DS	M post-	DS	d	F(Temps)	F(Gr)	F(TxGr)	$\eta p^2$
<b>Sentiments de solitude perçue – UCLA</b>											
score total	Exp	53	37,21	8,98	32,85	8,19	0,507	8,77**	4,01*	0,73	0,011
	Comp.	17	40,65	10,19	38,24	9,50	0,245				
<b>Réponse à la gestion du stress – CISS</b>											
Centrée sur tâche	Exp	53	52,72	10,95	55,87	11,98	-0,274	3,15	0,36	0,02	0,000
	Comp.	17	50,82	11,83	54,59	13,33	-0,299				
Émotive	Exp	53	37,91	10,18	36,38	11,10	0,144	1,64	2,40	0,08	0,001
	Comp.	17	42,29	8,54	39,88	12,53	0,225				
Évitante	Exp	53	49,77	11,64	50,53	12,71	-0,062	0,04	0,06	0,60	0,009
	Comp.	17	51,59	10,80	50,29	15,31	0,098				
Agressive	Exp	53	6,04	2,46	5,96	2,62	0,031	0,41	2,27	0,23	0,003
	Comp.	17	7,18	3,94	6,65	2,62	0,158				
Sexuelle	Exp	53	5,79	2,51	6,47	3,64	-0,217	0,95	0,02	0,47	0,007
	Comp.	17	6,18	3,47	6,29	3,70	-0,031				

\*p < ,05, \*\*p < ,01, \*\*\*p < ,001

Notes concernant les tailles d'effet :

Valeurs de l'indice  $d$  de Cohen : 0,2 = petit; 0,5 = modéré; 0,8 = large

Valeurs de l'Éta partiel au carré : 0,01 = petit; 0,09 = modéré; 0,25 = large

### Attitudes liées à la sexualité

On observe une différence significative entre les deux groupes en ce qui concerne les *attitudes à l'endroit de la sexualité*, en faveur des adolescents ayant participé au traitement de groupe spécialisé (Tableau 18). D'une part, l'indice  $d$  de Cohen démontre que la taille de l'amélioration peut être qualifiée pour le premier groupe de « modérée » ( $d = 0,63$ ) alors que, pour le second, elle n'atteint même pas une taille d'effet qualifiable de « petite » ( $d = 0,05$ ). D'autre part, les résultats des analyses de variance appuient ces résultats, car il en ressort que l'amélioration du groupe expérimental est statistiquement significativement plus élevée que celle du groupe de comparaison [ $F(1, 70) = 4,50, p < ,05$  (0,038),  $\eta p^2 = 0,06$ ].

Tableau 18 – Différences des moyennes et analyses de variances entre le pré- et le post-test sur les échelles liées aux attitudes face à la sexualité

Variable	Gr.	Différences de moyennes						Analyses de variance			
		n	M pré-	DS	M post-	DS	d	F(Temps)	F(Gr)	F(TxGr)	$\eta p^2$
Attitudes par rapport à sexualité – SKAT-A											
score total	Exp	53	155,53	20,63	166,87	14,78	-0,632	6,41*	6,16*	4,50*	0,062
	Comp.	17	149,12	21,23	150,12	22,10	-0,046				
Habiletés hétérosexuelles – HS											
score total	Exp	53	95,74	25,21	103,57	22,00	-0,331	12,32***	0,87	0,51	0,007
	Comp.	17	88,06	26,62	99,88	23,80	-0,468				
Confort dans les situations en lien avec la sexualité – Dating questionnaire											
score total	Exp	49	55,06	10,14	56,08	10,24	-0,100	0,00	0,43	0,31	0,005
	Comp.	16	54,25	12,85	53,38	13,94	0,065				

\*p < ,05, \*\*p < ,01, \*\*\*p < ,001

Notes concernant les tailles d'effet :

Valeurs de l'indice *d* de Cohen : 0,2 = petit; 0,5 = modéré; 0,8 = large

Valeurs de l'Éta partiel au carré : 0,01 = petit; 0,09 = modéré; 0,25 = large

En ce qui a trait aux habiletés hétérosexuelles, si l'on compare les moyennes obtenues aux deux temps de mesure, les deux groupes s'améliorent autant. En effet, les analyses de variance révèlent que la légère différence observée dans le degré d'amélioration (taille d'effets) entre les deux groupes n'est pas statistiquement significative. Enfin, l'évaluation du confort dans les situations en lien avec la sexualité ne permet pas de conclure à une différence entre les deux temps de mesure et ce, chez les deux groupes.

### Résultats en lien avec le taux de participation aux rencontres de groupe

Considérant le fait que certains adolescents du groupe expérimental avaient nettement un taux de participation aux rencontres de groupe plus grand que d'autres, il semblait intéressant de mesurer l'effet de comparaison de trois niveaux de participation (moins de 67 %; 67 % à 84 %; et plus de 84 %) sur les résultats obtenus pour l'ensemble des mesures. Tout d'abord, on observe que les adolescents ayant un plus bas taux de

participation ont tendance à se comporter différemment de ceux du groupe ayant un meilleur taux de participation. En effet, les scores vont dans le sens d'une détérioration entre les deux temps de mesure chez les jeunes ayant un plus bas taux de participation contrairement à ceux ayant un meilleur taux de participation, chez qui une amélioration a été observée.

De plus, le fait d'avoir un taux de participation plus élevé au groupe (84 % et plus) semble de manière significative favoriser les apprentissages liés à la *compréhension du processus de l'agression sexuelle* (QCG) et à *l'image de l'adolescent face à ses pairs* (SPPA). En effet, une série de MANOVAs sur l'ensemble des treize instruments a permis de mettre en évidence cinq effets d'interaction sur deux de ces instruments.

Ainsi, trois effets d'interaction significatifs en faveur des jeunes ayant un taux de participation plus élevé sont apparus à l'examen du *Questionnaire de compréhension des gestes (QCG)* (Tableau 19). Les dimensions pour lesquelles ces jeunes présentaient des améliorations significativement plus élevées sont les suivantes : *comprendre le processus* [ $F(2,54) = 6,10$ ,  $p < ,01$  (0,004),  $\eta_p^2 = 0,193$ ], *reconnaître avoir des intérêts sexuels* [ $F(2,54) = 3,27$ ,  $p < ,05$  (0,046),  $\eta_p^2 = 0,114$ ] et, finalement, *reconnaître avoir des remords* [ $F(2,54) = 4,31$ ,  $p < ,05$  (0,019),  $\eta_p^2 = 0,145$ ].

Tableau 19 – Résultats au Questionnaire de compréhension des gestes d'agression sexuelle selon le taux de participation aux rencontres

Variable	Gr.	Différences de moyennes						Analyses de variance			
		n	M pré-	DS	M post-	DS	d	F(Temps)	F(Gr)	F(TxGr)	$\eta p^3$
QCG – Questionnaire de compréhension des gestes											
Comprendre le processus	- de 67 %	9	55,56	12,76	53,78	13,85	0,134				
	67 à 84 %	11	60,46	12,49	60,91	16,42	-0,031	3,18	1,09	6,10**	0,193
	+ de 84 %	34	53,41	9,98	67,82	15,68	-1,096				
Reconnaître intérêts sexuels	- de 67 %	9	9,56	7,78	7,67	3,12	0,319				
	67 à 84 %	11	10,73	7,42	10,0	8,83	0,090	0,18	0,26	3,27*	0,114
	+ de 84 %	34	7,85	5,53	12,0	7,45	-0,633				
Reconnaître avoir remords	- de 67 %	9	23,11	3,89	20,89	5,56	0,463				
	67 à 84 %	11	22,36	5,70	20,46	6,96	0,299	0,72	1,06	4,31*	0,145
	+ de 84 %	34	22,41	5,02	24,50	4,39	-0,443				

\*p < ,05, \*\*p < ,01, \*\*\*p < ,001

Notes concernant les tailles d'effet :

Valeurs de l'indice *d* de Cohen : 0,2 = petit; 0,5 = modéré; 0,8 = large

Valeurs de *l'Éta partiel au carré* : 0,01 = petit; 0,09 = modéré; 0,25 = large

L'observation des résultats au SPPA fait ressortir deux nouveaux effets d'interaction (Tableau 20) en faveur du groupe ayant un taux de participation plus élevé, soit ceux mesurés par les échelles suivantes : *capacité à se sentir accepté socialement* [ $F(2, 54) = 3,71$ ,  $p < ,05$  (0,031),  $\eta p^2 = 0,127$ ] et *capacité à développer des amitiés proches* [ $F(2,54) = 6,80$ ,  $p < ,01$  (0,002),  $\eta p^2 = 0,211$ ]. Contrairement à ceux concernant les jeunes des deux autres groupes, les résultats des adolescents ayant un taux de participation moins élevé vont dans le sens d'une détérioration.

Tableau 20 – Résultats au SPPA selon le taux de participation aux rencontres

Variable	Gr.	Différences de moyennes					Analyses de variance				
		n	M pré-	DS	M post-	DS	d	F(Temps)	F(Gr)	F(TxGr)	$\eta p^2$
SPPA											
Acceptation sociale - de 67 %		9	3,26	0,52	3,20	0,67	0,100				
67 à 84 %		11	2,65	0,74	3,21	0,73	-0,762	7,67**	0,78	3,71*	0,127
+ de 84 %		34	2,91	0,63	3,10	0,54	-0,324				
Amitiés proches - de 67 %		9	3,13	0,60	3,04	0,55	0,156				
67 à 84 %		11	2,87	0,63	3,53	0,49	-1,169	8,44**	1,55	6,80**	0,211
+ de 84 %		34	2,87	0,50	2,98	0,53	-0,214				

\*p < ,05, \*\*p < ,01, \*\*\*p < ,001

Notes concernant les tailles d'effet :

Valeurs de l'indice *d* de Cohen : 0,2 = petit; 0,5 = modéré; 0,8 = large

Valeurs de l'Éta partiel au carré : 0,01 = petit; 0,09 = modéré; 0,25 = large

### Objectif 3.2 – Comparaison des deux groupes (expérimental et de comparaison) quant aux changements statistiques entre le pré- et le post-test

En résumé, les deux groupes s'améliorent globalement sur plusieurs indicateurs. On note effectivement des améliorations significatives sur près de la moitié des dimensions mesurées (« effets temps » statistiquement significatifs sur 26 variables sur 55). Cependant, il ressort que les gains ne sont pas plus importants pour les adolescents ayant participé à l'intervention de groupe que pour les autres n'y ayant pas participé. En effet, bien qu'il semble y avoir plus d'indices cliniques (sous-échelles) pour lesquels le groupe expérimental a connu des améliorations plus grandes comparativement au groupe de comparaison, l'importance de ces améliorations n'est statistiquement significative (en faveur du groupe expérimental) que pour deux de ces indices sur un total de 55 (soit *reconnaître avoir planifié les gestes, et améliorer les attitudes et les connaissances en matière de sexualité*). Toutefois, notons aussi que pour un indice clinique (attitudes face au père), l'amélioration est, cette fois, statistiquement significative pour les jeunes du groupe de comparaison.

Comme le groupe expérimental ne se distingue statistiquement que sur deux échelles uniquement, on ne peut conclure à un effet en faveur du traitement de groupe.

Bien qu'il n'y ait pas suffisamment de différences statistiquement significatives entre les deux groupes pour conclure à un « effet de traitement », il demeure intéressant, d'un point de vue clinique, de faire ressortir les dimensions particulières pour lesquelles l'ampleur des gains a été plus importante.

Pour ce qui est des adolescents du groupe expérimental (ayant suivi le traitement de groupe structuré), on note des améliorations notables (tailles d'effet : modérées à larges) sur **10 variables**. Des gains sont observés quant à l'état psychologique général sur les échelles de *dépression* (instrument de Beck, et instrument de Brière) et de *stress post-traumatique* (instrument de Brière). On constate des améliorations sur trois échelles du Questionnaire de compréhension des gestes : *reconnaître une responsabilité à l'endroit des gestes commis*, *comprendre le processus de l'agression* et *reconnaître avoir planifié les gestes commis*. Des effets positifs sont aussi mesurés quant à une réduction des *distorsions cognitives*. En ce qui concerne les compétences personnelles et sociales, on observe des améliorations sur l'échelle de *l'estime de soi globale* de l'instrument de Harter. Pour ces jeunes, on note également un mieux être quant à *l'échelle de solitude perçue*. Enfin, des améliorations sont notées sur le SKAT-A (*attitudes en lien avec la sexualité*). Plusieurs de ces résultats vont dans le sens des impressions subjectives des intervenants de groupe quant au niveau d'atteinte des objectifs des participants. De plus, certains gains observés en ce qui a trait à la compréhension du processus de l'agression sexuelle de même qu'au degré de perception qu'a l'adolescent de lui-même seraient liés à un plus haut taux de participation aux rencontres de groupe. De manière générale, les adolescents se sont améliorés entre les deux moments de mesure. La seule détérioration significative notée est celle voulant que les adolescents du groupe expérimental obtiennent un score plus élevé sur l'échelle du *déni* au Jesness à la suite d'une participation au traitement de groupe.

Pour les jeunes du groupe de comparaison (ne recevant que les services dits « traditionnels »), bien qu'ils se soient aussi améliorés face à diverses dimensions, on dénombre cette fois **5 améliorations** plus importantes (tailles d'effet : modérées à larges). En ce qui a trait à l'état psychologique, on note principalement des améliorations quant à l'échelle de *dépression* de Beck. Pour ces jeunes, aucun changement important ne se manifeste dans leurs réponses quant au questionnaire de compréhension des gestes, mais on note une diminution des *intérêts sexuels déviants* et des *distorsions cognitives* chez les jeunes de ce groupe. Enfin, en ce qui concerne les compétences personnelles et sociales, on note des gains sur deux échelles de l'instrument de Harter, soit au niveau des perceptions face aux *compétences sociales* et à l'égard des *conduites*. Aucune détérioration importante n'est notée.

### Objectif 3.3 – Changements cliniques entre le pré- et le post- test

Trois instruments mesurant l'état psychologique et certaines dimensions de la personnalité, de même qu'un quatrième évaluant la présence de conflits avec les figures parentales, comportent des normes au niveau des seuils cliniques (BDI; TSC-C; JI) et permettent de mesurer combien d'adolescents, de chacun des deux groupes, sont passés d'un score dit « clinique » à un score se situant dans la norme.

Il ressort qu'avant le traitement, et ce pour les adolescents des deux groupes, un nombre important d'adolescents vivaient des symptômes de détresse psychologique de niveaux « cliniques » (Tableau 21). À titre d'exemple de ces symptômes, mentionnons, par ordre décroissant du nombre d'adolescents aux prises avec une telle détresse : les *préoccupations sexuelles*, les *sentiments dépressifs*, la *dissociation* et le *stress post-traumatique*. Il est intéressant de remarquer qu'un nombre important de ces jeunes vivent une réduction de symptômes au terme des services reçus.

Tableau 21 – Changements cliniques entre le pré- et le post-test sur les dimensions psychologiques et la qualité des relations avec les figures parentales

Instrument de mesure		PRÉ N (% du N total du gr. correspondant)	POST N (% du N total du gr. correspondant)	CHANGEMENT N (% des cas cliniques du gr. correspondant)
<b>INSTRUMENTS LIÉS À L'ÉTAT PSYCHOLOGIQUE/OU PERSONNALITÉ</b>				
<b>BECK (BDI)</b>				
Dépression (16 et +)	Exp.	11 (20,8)	1 (1,9)	10 (90,9)
	Comp.	7 (41,2)	2 (11,8)	5 (71,4)
<b>BRIÈRE (TSC-C)</b>				
Anxiété	Exp.	7 (13,0)	3 (5,6)	4 (57,1)
	Comp.	6 (35,3)	3 (17,6)	3 (50,0)
Dépression	Exp.	11 (20,4)	4 (7,4)	7 (63,6)
	Comp.	7 (41,2)	3 (17,6)	4 (57,1)
Stress post-traumatique	Exp.	8 (14,8)	2 (3,7)	6 (75,0)
	Comp.	8 (47,1)	2 (11,8)	6 (75,0)
Dissociation	Exp.	10 (18,5)	6 (11,1)	4 (40,0)
	Comp.	7 (41,2)	1 (5,9)	6 (85,7)
Préoccupations sexuelles	Exp.	19 (35,2)	13 (24,1)	6 (31,6)
	Comp.	8 (47,1)	5 (29,4)	3 (37,5)
Colère	Exp.	1 (1,9)	1 (1,9)	0 (0)
	Comp.	1 (5,9)	1 (5,9)	0 (0)
<b>JESNESS (JI)</b>				
SM (Mésadaptation sociale)	Exp.	9 (18,8)	4 (8,3)	5 (55,6)
	Comp.	4 (26,7)	2 (13,3)	2 (0,5)
VO (Orientation aux valeurs)	Exp.	1 (2,1)	2 (4,2)	-1 (-)
	Comp.	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (50,0)
MA (Agressivité manifeste)	Exp.	5 (10,4)	3 (6,3)	2 (40,0)
	Comp.	2 (13,3)	1 (6,7)	1 (50,0)
REP (Refoulement)	Exp.	11 (22,9)	14 (29,2)	-3 (-)
	Comp.	3 (20,0)	5 (33,3)	-2 (-)
DEN (Déni)	Exp.	5 (10,4)	10 (20,8)	-5 (-)
	Comp.	1 (6,7)	2 (13,3)	-1 (-)
<b>INSTRUMENTS LIÉS À LA QUALITÉ DES RELATIONS AVEC LES FIGURES PARENTALES</b>				
CAM n = 53 expé./16 comp.	Exp.	14 (26,4)	7 (13,2)	7 (50,0)
	Comp.	3 (18,8)	2 (12,5)	1 (33,3)
CAF n = 43 expé. / 16 comp.	Exp.	6 (14,0)	3 (7,0)	3 (50,0)
	Comp.	10 (62,5)	6 (37,5)	4 (40,0)
CAC n = 21 expé. / 8 comp.	Exp.	6 (28,6)	4 (19,0)	2 (33,3)
	Comp.	4 (50,0)	2 (25,0)	2 (50,0)



C'est sur le plan de la *mésadaptation sociale*, mesurée par une échelle du Jesness, qu'un plus grand nombre de participants obtiennent des résultats en dehors des normes avant l'obtention de services; ce nombre d'adolescents diminue à la suite d'une participation au traitement. Force est de constater, par ailleurs, que les scores cliniques sur les échelles défensives de *refoulement* et de *déni* obtenus à l'aide de cet instrument vont dans une autre direction. En effet, on observe cette fois, et ce chez les adolescents des deux groupes, non pas une diminution mais une augmentation du nombre d'adolescents qui obtiennent des scores cliniques à la suite d'une participation au traitement. Enfin, un nombre important d'adolescents rapportent vivre des relations cliniquement problématiques et conflictuelles avec les figures parentales au moment de la pré-évaluation, nombre qui diminue de plus de la moitié à la suite des services reçus.

### **Objectif 3.4 – Atteinte des objectifs évaluée par les intervenants de groupe**

Pour mesurer la progression de l'atteinte des objectifs, trois évaluations trimestrielles ont été proposées aux intervenants de groupe. La première, après dix rencontres, nous a fourni cette information pour 87 % des participants; la seconde, après 20 rencontres, pour 56 % d'entre eux, et la dernière, après 30 rencontres, pour 70 %. Il nous est donc possible de dresser un portrait de *l'Atteinte des objectifs* pour plus des deux tiers des jeunes du groupe expérimental (n = 38; 70 %).

Tableau 22 – Pourcentage d'adolescents ayant obtenu un niveau d'atteinte de l'objectif mesuré de 8 et plus

OBJECTIFS TRAVAILLÉS	Tr 1 %	Tr 2 % 8 et +	Tr 3 % 8 et +	% de + entre 1 à 3
<b>Objectifs liés à la compréhension du processus de l'AS :</b>				
Comprendre les aspects légaux	62,3	65,7 (+ 3,4)	84,2 (+ 18,5)	+ 21,9
Reconnaître et décrire les faits	49,1	62,9 (+ 13,8)	81,6 (+ 18,7)	+ 32,5
Reconnaître sa responsabilité	62,7	68,6 (+ 5,9)	84,2 (+ 15,6)	+ 21,5
Sensibiliser aux sentiments et réactions des victimes	38,5	40,0 (+ 1,5)	73,7 (+ 33,7)	+ 35,2
Travailler à l'intégration du processus de l'agression sexuelle	4,4	40,0 (+ 35,6)	69,2 (+ 22,9)	+ 64,8
<b>Objectifs liés à la modification des comportements :</b>				
Réduire l'excitation déviante	2,2	18,5 (+ 16,3)	70,3 (+ 51,8)	+ 68,1
Contrôler le stress	2,2	14,8 (+ 12,6)	56,8 (+ 42,0)	+ 54,6
Gérer les émotions (colère, honte, tristesse, etc.)	4,4	7,4 (+ 3,0)	45,9 (+ 38,5)	+ 41,5
Développer l'empathie à l'endroit des victimes	6,7	14,8 (+ 8,1)	71,1 (+ 56,3)	+ 64,4
Développer la communication des sentiments	4,4	11,1 (+ 6,7)	48,6 (+ 37,5)	+ 44,2
Modifier les connaissances et attitudes/sexualité	0,0	11,1 (+ 11,1)	65,8 (+ 54,7)	+ 65,8
Gérer les conflits	2,2	7,4 (+ 5,2)	47,4 (+ 40,0)	+ 45,2
Se faire des amis	4,4	14,8 (+ 10,4)	54,1 (+ 39,3)	+ 49,7
Développer des relations avec les filles	2,2	0,0 dm	27,0 (dm)	+ 24,8
Travailler sur les erreurs de pensée/distorsions cognitives	2,2	18,5 (+ 16,3)	67,6 (+ 49,1)	+ 65,4

dm : donnée manquante

Note : Le chiffre entre parenthèse indique l'amélioration, c'est-à-dire la différence entre le pourcentage du trimestre indiqué et celui obtenu au trimestre précédent.

On peut lire au Tableau 22 qu'au terme des 30 rencontres, les trois objectifs où l'on retrouve un plus grand pourcentage de répondants ayant obtenu un score de *huit et plus* (indicateur d'un niveau « satisfaisant » d'atteinte de l'objectif donné) sont ceux liés à *la compréhension du processus de l'agression sexuelle* soit : *comprendre les aspects légaux* (84,2 %), *reconnaître sa responsabilité* (84,2 %) et *reconnaître et décrire les faits* (81,6 %).

De plus, parmi les cibles de traitement visant la *modification des comportements*, on note quatre cibles pour lesquelles près des deux tiers des adolescents obtiennent un niveau

d'atteinte de huit et plus : *développer de l'empathie à l'endroit des victimes* (71,1 %); *réduire l'excitation déviante* (70,3 %); *modifier les erreurs de pensée* (67,6 %), et *modifier ses connaissances et attitudes par rapport à la sexualité* (65,8 %). Ces objectifs de l'intervention, ainsi qu'un cinquième, *travailler à l'intégration de l'agression sexuelle*, sont également ceux pour lesquels la progression entre le niveau de base et celui atteint après le traitement de groupe est la plus importante. *Développer sa capacité à entrer en relation avec les filles* est la cible qui recueille le pourcentage de succès le moins élevé (27 %).

### Objectif 3.5 – Niveau de satisfaction rapportée par les participants

Soixante-cinq jeunes (89 %) ont répondu au *questionnaire de satisfaction*, soit 15 du groupe de comparaison (79 %) et 50 du groupe expérimental (93 %) (Tableau 23). La moyenne totale est de 23.34 ( $\text{ÉT} = 10,85$ ). Le score moyen obtenu pour le groupe expérimental ( $M = 23,04$ ;  $\text{ÉT} = 11,28$ ) ne diffère pas significativement du score obtenu pour le groupe de comparaison ( $M = 24,33$ ;  $\text{ÉT} = 9,60$ ).

Tableau 23 – Satisfaction rapportée par l'ensemble des jeunes des deux groupes expérimental et de comparaison à la suite des services reçus

Nom de l'item	% N plutôt d'accord	% N neutre	% N plutôt désaccord
Senti jugé	50,8	15,4	33,8
Intervenant fait preuve de disponibilité	81,5	12,4	6,1
Intervenant facile à rejoindre	73,8	10,8	15,4
Senti accueilli chaleureusement	76,9	10,8	12,3
Intervenant utilise langage clair	92,4	4,5	3,1
Intervenant considère mes opinions	86,2	7,6	6,2
Fais confiance à intervenant	93,8	3,2	3,0
Senti traité avec respect	89,2	3,1	7,7
Satisfait des services	89,3	7,7	3,0
A contribué à mon progrès	89,2	4,6	6,2
Ai perdu mon temps	78,2	7,7	14,1
Respecte rythme apprentissage	90,7	4,6	4,7

Note : les *Khi carrés* ne sont pas présentés dans les tableaux, plusieurs étant considérés comme peu fiables considérant le trop grand nombre de cellules avec un  $n$  inférieur à 5.

Selon l'ensemble des items, il ressort que les adolescents semblent satisfaits des services reçus et ce, tant ceux du groupe expérimental que ceux du groupe de comparaison. Les items ayant obtenu un pourcentage plus élevé sont les suivants : 1. *je fais confiance à mon intervenant* (93,8 %); 2. *l'intervenant utilise un langage clair* (92,4 %), et 3. *l'intervenant respecte mon rythme d'apprentissage* (90,7 %). Soulignons, paradoxalement, que 78,2 % rapportent tout de même avoir « perdu leur temps », alors que 89,2 % reconnaissent que les services reçus ont « contribué à leur progrès ». Enfin, les adolescents semblent partagés en ce qui a trait à l'impression de se « sentir jugés ».

## Chapitre 4 – Discussion

Avant de discuter des résultats reliés à l'objectif principal de cette thèse, qui est de *mesurer l'efficacité spécifique de l'intervention de groupe*, ce chapitre présentera les principaux constats qui ressortent des divers aspects de *l'implantation du programme* et des *caractéristiques de la clientèle desservie*. Il s'agira ensuite de discuter ce qui se dégage de ces constats. Trois hypothèses pouvant expliquer les résultats d'efficacité de l'intervention mesurée seront ensuite présentées. Enfin, ce chapitre se terminera sur un examen des forces et des limites de cette recherche, de même que sur les retombées cliniques et scientifiques qui lui sont associées.

### 1. Est-ce que le programme de traitement de groupe est implanté comme prévu?

**Constat 1.1 : Les adolescents qui assistent au groupe de traitement participent bien.**

Considérant que, d'une part, environ deux tiers des adolescents du groupe expérimental ont participé à près de 83 % et plus de l'ensemble des rencontres proposées et que, d'autre part, de manière générale peu d'absences par jeune ont été notées, nous pouvons conclure que la participation à l'intervention de groupe est bonne. De plus, lorsque les adolescents sont présents aux rencontres de groupe, les intervenants évaluent leur qualité de participation comme satisfaisante. De plus, il ressort que le présent pourcentage d'abandon des adolescents au traitement de groupe (2 %) est nettement inférieur à ceux rapportés par les études précédentes, qui allaient de 0% à 59%.

En ce qui concerne la participation des parents à des sessions de groupe, le portrait est fort différent. En effet, dans les rares cas où ces groupes ont pu être implantés (3 rencontres), les commentaires informels recueillis auprès des parents et des intervenants ont

été des plus favorables. Par ailleurs, cette expérience s'est révélée ardue à réaliser considérant la difficulté évidente de recruter et de mobiliser les parents. De plus, les intervenants de groupe disaient manquer de temps et d'énergie pour solliciter les familles afin d'assurer l'implantation de ce service. Malgré sa grande pertinence, la sollicitation des parents demeure un défi de taille pour les intervenants.

**Constat 1.2 : L'implantation du contenu de l'intervention de groupe semble avoir été variable par rapport au contenu théorique (manuel) et ce, tant par la durée que par le choix des thèmes présentés.**

Il est intéressant de constater que, bien que la durée totale prévue du traitement de groupe ait été de 30 rencontres, le nombre de sessions effectivement offert a varié d'une cohorte à une autre, allant de 24 à 30 rencontres. Ainsi, le contenu du programme semble avoir été couvert plus rapidement dans certaines cohortes. Vu cette durée réduite, il faut reconnaître que la majeure partie du traitement de groupe a été consacrée aux objectifs liés à la *compréhension du cycle de l'agression sexuelle* plutôt qu'à ceux liés à la *modification des comportements*. Il est donc raisonnable de penser que les adolescents n'ont peut-être pas reçu l'ensemble du traitement de groupe planifié dans les manuels, avec toute l'intensité proposée pour chacune des cibles à évaluer et ce, malgré la bonne participation de ceux-ci au traitement.

Comment interpréter l'écart ici constaté entre le traitement proposé dans les manuels et celui réellement dispensé? En cours d'implantation de l'étude, des commentaires informels recueillis auprès des intervenants laissaient présager des variations entre le contenu des manuels et l'application de ceux-ci. Les intervenants soulignaient notamment le fait qu'il y avait trop de cibles à couvrir. D'autres commentaires allaient dans le sens de la nécessité de faire preuve d'une « souplesse clinique » face à la séquence des thèmes proposés dans les manuels. À titre d'exemple, certains ont souligné l'importance de s'adapter au rythme d'apprentissage du groupe, de même que de demeurer sensibles aux besoins particuliers des adolescents selon ce qui était vécu au cours de la semaine, ou

encore de pouvoir faire face à certaines situations « de crise » (p. ex. : si un adolescent rapporte le suicide d'un membre de sa famille). En outre, certains intervenants disaient aussi poursuivre les objectifs jusqu'à ce qu'ils soient satisfaits des changements observés chez les jeunes (ce qui irait dans le sens des résultats obtenus, autant à la lumière des statistiques que par l'évaluation subjective des intervenants), limitant ainsi le temps accordé aux autres objectifs.

Les auteurs Haaga et Stiles (2000), dans leur chapitre portant sur l'évaluation de programme, mentionnent que le recours à un manuel de traitement est nécessaire pour permettre une plus grande homogénéité dans l'application du traitement (d'un intervenant à un autre, d'un site d'application à un autre, etc.) tout en favorisant ce qu'ils nomment « l'adhésion » au traitement prévu. En contrepartie, toujours selon ces auteurs, avoir recours à un manuel d'intervention risque en même temps d'imposer un cadre rigide aux intervenants, les empêchant de s'adapter aux besoins des participants. C'est pourquoi ces auteurs soulignent l'importance, pour les intervenants, non seulement de démontrer une rigueur au moment de l'application des techniques thérapeutiques, mais de faire preuve aussi de cette « flexibilité clinique », essentielle dans la pratique.

**Constat 1.3 : L'intervention de groupe est beaucoup plus intensive que l'intervention des « services traditionnels ».**

Le *nombre moyen de rencontres* avec les intervenants auxquelles ont participé les jeunes du groupe *expérimental* (recevant le traitement de groupe en plus des « services traditionnels ») est nettement supérieur à celui offert au groupe *de comparaison* (ne recevant que les « services traditionnels »), soit respectivement 24 rencontres de groupe pour les premiers contre sept rencontres individuelles pour les seconds. En nombre approximatif d'heures de services reçus, cela représente en moyenne 48 heures pour les adolescents ayant participé au groupe par opposition aux sept à 10 heures reçues pour ceux du groupe de comparaison.

Rappelons que cette comparaison est basée strictement sur le nombre de rencontres de traitement « de groupe » pour les participants au groupe expérimental, et sur celui du nombre de rencontres « individuelles ou familiales » pour le groupe de comparaison.<sup>54</sup> Ainsi, considérant le fait que certains jeunes du groupe expérimental ont aussi à l'occasion participé à des rencontres en individuel, nous pouvons penser que l'écart entre les deux groupes, en terme d'intensité du traitement reçu, est, dans les faits, encore plus important. Toutefois, inversement, peu d'éléments nous permettent de croire que les jeunes du groupe de comparaison aient reçu des services additionnels (par exemple, des sessions de groupe) à l'intérieur des centres jeunesse et ainsi, que le nombre de sessions auxquelles ont participé ces jeunes soit significativement plus important que la moyenne observée. En ce sens, un examen des notes évolutives aux dossiers nous a permis de confirmer que les services traditionnels dispensés aux jeunes du groupe de comparaison ne comportaient pas de sessions de groupe.<sup>55</sup>

## 2. Que dire de la clientèle desservie?

### **Constat 2.1 : Des difficultés relationnelles importantes existent au sein de bon nombre de familles.**

Plusieurs résultats amènent à penser que les adolescents agresseurs sexuels évalués avaient vécu, ou vivaient au moment de la recherche, des tensions importantes au sein de leur famille. Ainsi, plusieurs ont connu notamment le divorce de leurs parents, entraînant le

---

<sup>54</sup> Il a été tenté au départ de quantifier les « services traditionnels » (p. ex. : rencontres individuelles avec les intervenants délégués) reçus par les jeunes du groupe expérimental. Les intervenants devaient faire parvenir à l'équipe de recherche une fiche permettant d'avoir un aperçu des services dispensés. Pour le groupe expérimental, la fiche n'a été complétée que pour 30% des participants. Compte tenu du trop grand nombre d'intervenants impliqués auprès des jeunes du groupe expérimental, nous n'avons pu assurer auprès de chacun de manière intensive le suivi de cette collecte d'informations. Trop de données étaient manquantes au terme de l'étude pour permettre un portrait exact de ces services.

<sup>55</sup> Étant donné que le nombre de participants du groupe de comparaison (n=19) était plus limité que celui du groupe expérimental (n=54), la consultation directe des dossiers n'a été rendue possible que pour ceux du premier groupe (groupe de comparaison) et ce, considérant notamment les ressources limitées (budget, effectifs) de l'équipe de recherche.



fait que moins du tiers des adolescents agresseurs de notre échantillon vivaient avec les deux parents au moment de l'évaluation, alors que les autres vivaient avec l'un des deux parents ou, encore, étaient placés. Plusieurs ont aussi subi différentes formes d'abus physiques, psychologiques et sexuels au sein de leur famille. Pour beaucoup de jeunes, notamment ceux du groupe de comparaison, la relation à la figure paternelle (avec le père ou le beau-père) paraît problématique et conflictuelle. Finalement, il importe de rappeler aussi que plus du tiers ont commis leurs agressions sexuelles dans la fratrie. Ces chiffres entourant la présence de difficultés familiales sont cohérents avec ceux présentés dans les recensions antérieures (Graves et al., 1996; Vizard et al., 1995).

Ces résultats renforcent assurément l'importance d'inclure les parents et les familles des adolescents agresseurs sexuels dans le plan de traitement. Il importe de rappeler que les membres de la famille exerceraient un impact sur le déroulement du traitement, de même que sur la prévention de la récidive au terme du traitement (Vizard et al., 1995; Zankman et Bonomo, 2004). Par ailleurs, de tels résultats témoignant de l'instabilité familiale mettent aussi en lumière le fait qu'une sollicitation des parents pour une participation à un processus d'évaluation exhaustif ou encore à une forme de suivi soutenue puisse être un défi de taille. Les résultats au niveau de l'implantation de sessions de groupe offertes aux parents illustrent d'ailleurs cette difficulté (constat 1.1).

### **Constat 2.2 : Plusieurs agresseurs sont aussi victimes de différents sévices.**

Tel que fréquemment rapporté dans la littérature (Lagueux et Tourigny, 1999; Righthand et Welch, 2004; Veneziano et Veneziano, 2002; Vizard et al., 1995), les résultats de la présente étude démontrent que plusieurs adolescents agresseurs sexuels ont aussi dans leur histoire été victimes de différentes formes d'abus. En effet, le tiers de l'échantillon aurait été victime d'abus physiques, près de 40 % d'abus psychologiques et le tiers d'agressions sexuelles. On peut aussi penser que ce portrait recueilli en début d'intervention soit sous-estimé. En effet, certains travaux démontrent que les dévoilements d'expériences de victimisation augmentent en cours de traitement, une fois un climat de confiance établi

avec les intervenants (Baker, Tabacoff, Tornusciolo et Eisenstadt, 2001; Worling, 1995). Ainsi, travailler auprès d'adolescents agresseurs sexuels signifie aussi, dans bien des cas, s'adresser à une clientèle également *victime* d'abus de toutes formes. Parce qu'il est question « d'adolescents », on peut penser que l'expérience d'une victimisation subie est encore récente et les symptômes fréquemment associés à cette expérience, encore présents.

L'impact d'une victimisation sexuelle antérieure est aujourd'hui largement documenté. Les symptômes de dépression et ceux reliés à la présence d'un syndrome de stress post-traumatique sont fréquemment rapportés parmi les séquelles étudiées portant sur l'état psychologique des victimes d'agression sexuelle (Tyler, 2002). Ainsi, quelques chercheurs se sont intéressés spécifiquement aux caractéristiques des adolescents agresseurs sexuels ayant été aussi victimes d'agression sexuelle (Étienne, 2003). Cette clientèle présenterait notamment de manière plus importante une détresse psychologique et des troubles d'adaptation variés. Certains croient même qu'il s'agirait d'un sous-groupe d'agresseurs sexuels suffisamment distincts de l'ensemble pour nécessiter une intervention particulière, notamment en ce qui a trait à un traitement en individuel des symptômes liés au stress post-traumatique préalable à une participation à un groupe spécialisé (Woods, 1997).

Pour ce qui est de la présente étude, l'examen des « scores cliniques » montre que près du quart des participants, en début de traitement, rapportent des symptômes de dépression ou de stress post-traumatique qui atteignent un seuil d'intensité clinique. Des analyses ultérieures sur l'échantillon pourraient éventuellement nous permettre de relier ce niveau élevé de détresse aux adolescents victimes eux-mêmes d'agression sexuelle. L'étude québécoise d'Étienne (2003) auprès de 129 adolescents agresseurs sexuels, dont près des trois quarts ont d'abord été sélectionnés pour la présente étude doctorale, démontre en effet que les adolescents ayant été aussi victimes d'abus présenteraient des difficultés plus importantes (comparativement aux adolescents agresseurs qui n'ont pas été victimes) quant à diverses dimensions liées à l'état psychologique et à l'adaptation face aux situations anxiogènes.

En plus des symptômes précédemment mentionnés, Friedrich et al. (2001) constatent que le recours fréquent à des mécanismes de défense tels la dissociation, caractérise plusieurs adolescents agresseurs sexuels ayant été victimes d'abus. Toutefois, ce mécanisme de défense en particulier auprès des adolescents agresseurs n'a que très peu été considéré dans l'ensemble de la littérature. Encore une fois, près du quart des participants de la présente étude semblent vivre, en début de traitement, des symptômes liés à la dissociation qui atteignent des seuils d'intensité clinique. Dans le même sens, les résultats obtenus sur deux échelles du Jesness démontrent aussi que les adolescents ont recours à d'autres stratégies d'adaptation défensives qui y sont associées telles que le déni et le refoulement.

Il importe en outre de se questionner sur les effets cliniques de tels mécanismes sur le traitement. Selon Friedrich et al. (2001), la dissociation se manifesterait par l'incapacité d'une personne à s'engager réellement dans le traitement, notamment quand du matériel traumatique est présenté. On peut en particulier s'interroger sur l'impact de la dissociation lors d'un traitement dans lequel le matériel présenté est orienté spécifiquement sur un retour sur les gestes sexuels commis. La littérature, en effet, reconnaît qu'un mécanisme comme la dissociation pourrait enfreindre la reconnaissance de certaines émotions et nuire au progrès de l'intervention (Brière, 1992 – cité dans Friedrich et al., 2001). De la même façon, bien que le déni et le refoulement puissent dans certains aspects être perçus comme adaptatifs, ils peuvent aussi avoir un impact sur la capacité de se montrer critique, d'avouer des difficultés et d'identifier des émotions désagréables (Forget, 1977).

**Constat 2.3 : Les premiers contacts des adolescents agresseurs avec la sexualité ont été, dans la plupart des cas, problématiques.**

Face aux résultats obtenus, il appert que les assises des jeunes en matière de sexualité se soient établies à partir d'un premier contact qui aurait, pour plusieurs d'entre eux, pris place dans un contexte de gestes déviants posés ou subis. Ces résultats vont à l'encontre de chiffres largement répandus voulant que plusieurs adolescents agresseurs

sexuels aient connu une histoire de sexualité saine. Par ailleurs, les résultats de la présente étude sont semblables à ceux obtenus par l'équipe de Madrigano et al. (1997), également auprès d'un échantillon québécois d'adolescents agresseurs sexuels, qui rapporte cette fois qu'en matière de première expérience sexuelle près des deux tiers auraient été impliqués dans une expérience déviante. Par ailleurs, les adolescents de la présente étude, contrairement à ce que leur histoire sexuelle laisserait présager, se disent globalement plutôt ouverts face à diverses situations sociales et hétérosociales liées à une sexualité saine dans laquelle ils se sentiraient confortables.

En ce sens, Aljazireh (1993) rappelle, à la lumière de plusieurs travaux antérieurs, toute la difficulté liée à une collecte de données fiable et complète entourant l'histoire sexuelle des adolescents, ceux-ci par exemple se montrant souvent mal à l'aise d'avouer leur inexpérience. Sur le plan de l'intervention personnelle auprès de cette clientèle particulière d'adolescents, ce constat met en lumière, d'une part, qu'il importe d'aider ces jeunes à développer une sexualité saine et épanouie, ce qui à l'évidence ne semble pas caractériser leurs premières expériences sexuelles et, d'autre part, que seule une alliance thérapeutique installée solidement, permettrait d'approfondir auprès d'eux ces thèmes liés à la sexualité et à l'intimité relationnelle.

**Constat 2.4 : Les agressions sexuelles commises par les adolescents sont sévères (gestes posés, niveau de contrainte), mais peut-être pas aussi sévères que celles généralement présentées dans la littérature.**

Alors que bon nombre d'études descriptives rapportent que les gestes posés par les adolescents agresseurs sexuels impliquent dans plus de la moitié des cas une forme de pénétration (Lagueux et Tourigny, 1999; Righthand et Welsch, 2001; Ryan et Lane, 1997), les gestes rapportés ici sont généralement moins intrusifs. En effet, l'agression sexuelle « type » en est une avec touchers physiques, le plus souvent sous forme d'attouchements qui n'impliquent pas toujours une pénétration complète et ce, auprès d'un enfant de sexe féminin âgé de six à dix ans. De plus, l'adolescent rapporte habituellement ne pas avoir eu

recours à une quelconque contrainte. Ce dernier résultat se distingue aussi de ce qui ressort de la littérature, où l'on peut lire qu'une forme de coercition est généralement utilisée, bien qu'il demeure que les adolescents auraient, dans l'ensemble, moins recours que les adultes à la violence physique (Aljazeera, 1993; Vizard et al., 1995).

Compte tenu des résultats précédemment exposés (présence de mécanismes de défense, difficulté à parler de sexualité), on peut se demander si, au début du traitement, les adolescents ont révélé l'ampleur réelle des gestes commis. Les travaux de Baker et al. (2001) soulèvent des questions intéressantes entourant l'exactitude de la « photo » prise au début de la prise en charge, alors que le climat de confiance n'est généralement pas établi avec les intervenants. Ces chercheurs comparent le portrait issu de données cliniques recueillies par les intervenants au moment du pré-traitement à celui issu de données obtenues après six mois de traitement et ce, pour un échantillon de 47 d'adolescents agresseurs sexuels et leurs familles. Les révélations entourant l'histoire du jeune obtenues à la suite de l'intervention (alors que l'alliance thérapeutique est plus solide) sont de gravité significativement plus élevée, en ce qui a trait notamment au nombre de victimes. On peut aussi penser que le statut du jeune entourant sa situation au plan des procédures judiciaires puisse influencer son désir de dévoiler ou non ses difficultés. Le jeune peut en effet craindre que l'ampleur du dévoilement puisse avoir des implications sur sa sentence, sur les implications juridiques prises à son endroit ou encore sur la longueur du traitement.

Sur le plan de l'intervention, ces résultats mettent à nouveau en relief la nécessité de bâtir une alliance solide avec les adolescents afin de pouvoir mieux cerner toute l'ampleur de leurs besoins et, ainsi, de déterminer avec plus de précision les cibles de traitement à mettre en priorité. De manière informelle, les intervenants du traitement de groupe ont rapporté effectivement avoir recueilli en cours de traitement des informations additionnelles entourant les gestes posés (p. ex. : nombre de victimes, description des gestes posés, etc.).

**Constat 2.5 : Un nombre important d'adolescents agresseurs ne présentent pas le profil clinique problématique anticipé sur chacun des indicateurs évalués.**

Il ressort après un examen des scores *moyens* des échelles liées aux *comportements à modifier* visés par le traitement que, globalement, au moment du *pré-traitement*, les adolescents rapportent peu de dimensions problématiques. En effet, ils disent se sentir généralement compétents en ce qui a trait aux différentes dimensions liées aux habiletés sociales (p. ex. : habiletés sociales générales et hétérosexuelles, sentiments de solitude), à celles liées à la sexualité (p. ex. : attitudes et confort face à la sexualité) et, finalement, à celles liées à la gestion d'émotion (p. ex. : agressivité, colère, gestion de l'anxiété). Ainsi, ce portrait obtenu se distingue des tableaux cliniques généralement dépeints dans le cadre d'études descriptives américaines menées auprès de cette clientèle. Le fait que la présente étude se déroule en milieu externe et non résidentiel, de même que le fait que l'âge moyen des adolescents soit légèrement inférieur à celui de bon nombre de ces études, peuvent en partie expliquer ce constat. En effet, il appert que les études menées en milieu résidentiel auprès de jeunes plus âgés rapportent généralement une réalité plus trouble. Sur le plan de l'intervention, un tel constat pose entre autre la nécessité de repenser les cibles de traitement à prioriser.

Toutefois, rares sont les études qui comparent les adolescents agresseurs sexuels à d'autres groupes d'adolescents non agresseurs (Madrigano et al., 1997). Cependant, une étude québécoise (Pagé, 2004)<sup>56</sup> menée auprès de 100 adolescents agresseurs sexuels francophones comparés à un groupe de 100 adolescents dits « normaux » (c.-à-d. n'ayant apparemment pas posé de tels gestes) soulève des questions intéressantes. Même si les adolescents agresseurs sexuels de cet échantillon se distinguent des adolescents dits normaux face à certaines des dimensions mesurées (p. ex. : gestion de l'anxiété, habiletés sociales appropriées), ils présenteraient somme toute plus de similitudes avec ces derniers

---

<sup>56</sup> Plus des deux tiers du groupe d'adolescents agresseurs sexuels de l'étude de C. Pagé (2004), dans le cadre de ses travaux de maîtrise, ont été recrutés dans le cadre de la présente recherche doctorale.

que de différences. Cet apparent bien-être général, observé chez certains adolescents agresseurs sexuels, a été aussi soulevé par d'autres chercheurs, qui mentionnent cependant que: « (...) what we do not know is if there are later problems for these apparently “symptom-free” offenders, and if so, in what domain of life do they appear » (Vizard et al, 1995 – p. 750).<sup>57</sup>

Par ailleurs, on peut se demander encore une fois si certaines caractéristiques des adolescents agresseurs sexuels de l'échantillon pourraient les amener à se présenter sous un « beau jour », ce qui aurait un impact sur l'exactitude de la « photo » obtenue en ce qui a trait à l'ensemble des symptômes cliniques évalués à chacun des temps de mesure (état psychologique, comportements à modifier, etc.). On a vu précédemment que les *stratégies d'adaptation défensives* (dissociation, déni, refoulement) pouvaient faire en sorte qu'il soit, pour certains, plus difficile de reconnaître et d'avouer leurs difficultés. En rapport avec cette idée, un examen des moyennes obtenues sur les échelles de validité de l'instrument de Brière (TSC-C) situerait les participants plus près de la *tendance à rapporter moins de symptômes* que de la tendance inverse. Comme on l'a vu précédemment, l'obtention d'un portrait bonifié en début d'intervention s'explique par le fait que certains thèmes (tels ceux liés à la sexualité) soient plus facilement abordés et certaines expériences douloureuses plus volontiers dévoilées après l'installation de l'alliance thérapeutique. À ces deux considérations, il pourrait être important d'ajouter que, dans l'ensemble, les adolescents paraissent aussi sujets à la *désirabilité sociale* telle que mesurée par une des échelles de l'instrument de Abel. Ainsi, on peut penser qu'ils ont pu à certains égards répondre en fonction de ce qui était attendu plutôt que de ce qu'ils ressentaient ou vivaient réellement.

Enfin, malgré le fonctionnement global plutôt satisfaisant rapporté par les adolescents, il importe de signaler certaines difficultés spécifiques qu'ils mentionnent souvent, en plus de celles décrites précédemment. Ainsi, certains disent avoir éprouvé des

---

<sup>57</sup> Traduction libre : *ce que nous ne savons pas, c'est si ces agresseurs sans symptômes apparents en présenteront ultérieurement et, si oui, dans quel domaine de leur vie apparaîtront ces difficultés.*

sentiments de *détresse psychologique* ou des *difficultés familiales* et ce, de façon importante. Ils reconnaissent également manquer de connaissances entourant la *compréhension du processus de l'agression sexuelle* et des *conséquences pour les victimes*. Les trois quart des adolescents de l'échantillon éprouvent aussi des *difficultés scolaires* considérables, caractéristique fréquemment soulignée dans les recensions antérieures (Vizard et al., 1995; Lagueux et Tourigny, 1999). On comprendra l'importance de tenir compte de cette dernière observation et ainsi de s'adapter au rythme d'apprentissage de chacun. Par ailleurs, la présente étude suggère aussi que des sous-groupes d'adolescents pourraient se distinguer de l'ensemble par certaines de leurs caractéristiques. Parmi ces caractéristiques, notons, à titre d'exemple, le fait d'avoir été victimes ou non d'abus. En ce qui a trait aux implications possibles sur le traitement, force est de constater que certains adolescents ont pu répondre mieux que d'autres au traitement à cause de leurs caractéristiques particulières. De plus, cela suggère que les besoins précis des adolescents peuvent différer de l'un à l'autre.

### 3. Que dire de l'efficacité du traitement de groupe structuré?

Nous discuterons maintenant de trois constats liés à l'objectif principal de la thèse, soit ceux relatifs aux changements mesurés entre les deux temps de mesure. Les effets mesurés seront discutés en les comparant aux résultats des études antérieures, et en se positionnant quant à la vérification des hypothèses à l'étude.

**Constat 3.1 : Globalement, les deux groupes s'améliorent suite aux services reçus quant à plusieurs dimensions.**

La première hypothèse voulant que les adolescents des deux groupes (thérapie de « groupe structurée et services traditionnels » vs « services traditionnels » uniquement) s'amélioreraient de manière générale (c.-à-d. sur une majorité des indicateurs) se confirme. En effet, des gains significatifs sont notés sur près de la moitié des indicateurs mesurés.



*Sous-constat 3.1.1 : Des améliorations sont communes aux adolescents des deux groupes.*

Même si les scores moyens ne nous permettent pas de caractériser chacun des groupes au départ comme étant cliniquement déprimés, l'examen des scores cliniques nous permet de voir que bon nombre de jeunes des deux groupes passent d'un score dit « clinique » (c.-à-d. cliniquement déprimé) à un score « normal » en fin d'intervention. Ce résultat est intéressant considérant le fait que la réduction de l'*affect dépressif* ne soit pas une cible directement visée dans l'intervention de groupe. La recension des travaux antérieurs démontre par ailleurs que les changements consécutifs à une intervention portant sur l'état psychologique général – dont la présence ou non d'affects dépressifs – n'ont été à ce jour que rarement mesurés. En ce sens, aucune étude évaluant les effets d'un traitement de groupe à cibles multiples ne mesurait spécifiquement cette dimension. Rappelons toutefois que Campbell et al. (1992) avaient eux aussi obtenu chez leurs deux groupes de traitement (avec l'ajout ou non de sessions familiales) une diminution du score de dépression au moyen de l'inventaire de Beck.

Conformément aux résultats d'études antérieures mesurant les effets d'interventions de groupe à cibles multiples (Eastman, 2004; Shapiro et al., 2001), il est démontré dans la présente recherche qu'il est possible de réduire les *distorsions cognitives* entre les deux temps de mesure et ce, autant chez les adolescents ayant participé au groupe que ceux n'y ayant pas participé. L'étude de Campbell et al. (1992) rapportait des résultats différents quant à cette dimension, en notant pour leur part une diminution des erreurs de pensée (amélioration) lorsque la famille n'est pas impliquée, et une augmentation lorsqu'elle est impliquée (détérioration). Ainsi, les présents résultats n'appuient donc pas ceux obtenus par l'équipe de Campbell.

*Sous-constat 3.1.2 : Les dimensions sur lesquelles les adolescents s'améliorent davantage sont distinctes selon le type d'intervention reçue.*

**L'intervention de groupe structurée à cibles multiples** mesurée dans le cadre de l'étude semble favoriser des changements positifs portant sur plusieurs dimensions liées à l'*état psychologique général*, en plus des améliorations notées précédemment relatives à la présence de sentiments dépressifs. Ce résultat est intéressant, d'autant plus qu'aucune étude recensée évaluant des interventions de groupe à cibles multiples ne s'était penchée sur ces dimensions auparavant. En effet, les adolescents ayant participé au groupe rapportent moins d'affects liés au *stress post-traumatique*, moins de *sentiments d'isolement* et une meilleure *estime de soi globale*. Ce résultat appuie le fait que certains facteurs propres au fonctionnement d'un groupe (p. ex. : universalité, espoir, cohésion, appartenance, etc.) agissent comme agent de changement et ce, au delà des cibles directement visées, tel que discuté par Forsyth et Corazzini (2000) dans leur réflexion sur l'apport des groupes comme catalyseur de changement.

Tel qu'attendu cette fois, le fait de participer à un groupe favoriserait aussi une meilleure *compréhension du cycle de l'agression sexuelle*, ainsi que la *reconnaissance d'une responsabilité à l'égard des gestes commis et de leur planification*. Ce résultat est encourageant compte tenu du fait que les intervenants de groupe rapportaient avoir mis l'accent sur ces dimensions. Une fois encore, ces cibles d'intervention n'ont pas été directement mesurées de manière objective dans les études évaluatives recensées, bien qu'elles orientent bon nombre de traitements de groupe spécialisés. Tout au plus, les travaux de l'équipe de Sheridan et al. (1998; 1999), qui s'étaient penchés sur un traitement de groupe similaire au présent traitement évalué, suggéraient que cette cible était atteignable lorsque les intervenants étaient interrogés à titre de source d'information.

Enfin, les améliorations constatées en ce qui a trait aux *attitudes et valeurs en matière de sexualité* vont dans le sens des résultats rapportés par Kaplan et al. (1991) et Hains et al. (1986) qui faisaient mention de résultats plus probants en ce qui a trait au changement d'*attitudes*, qu'à l'acquisition de *connaissances*. Rappelons qu'il s'agissait de deux programmes de traitement dont les cibles d'intervention se rapportant à la sexualité faisaient partie d'un traitement à cibles multiples, tout comme le traitement de groupe qui

constitue l'objet de la présente thèse. Ce résultat va aussi dans le sens de ceux obtenus par Laforest et Paradis (1990) dans l'application de leur traitement, cette fois spécifiquement orienté vers l'éducation sexuelle. Dans le cadre du traitement de groupe présenté ici, nous pouvons penser que les attitudes et les valeurs liées à la sexualité, en plus d'être abordées directement, l'ont aussi été indirectement tout au long du traitement, par le biais des divers thèmes abordés, notamment ceux liés à la compréhension du processus de l'agression sexuelle.

Il ressort aussi qu'une participation à un traitement plus individualisé proposant des rencontres avec un intervenant (seul ou dans certains cas en famille) puisse également avoir des effets quant à certaines dimensions spécifiques. En effet, les adolescents ayant reçu les **services dits « traditionnels »** rapportent éprouver une amélioration quant à la perception de soi, cette fois en ce qui a trait aux sentiments de compétence à l'égard des *conduites* et des *habiletés sociales*. Ces adolescents présentent aussi moins d'*intérêts sexuels déviants* au second moment d'évaluation qu'en début de suivi. Les cinq études recensées qui mesuraient spécifiquement l'impact d'un traitement sur les intérêts sexuels déviants chez les adolescents (Becker et al., 1988; Hunter et Santos, 1990; Hunter et Goodwin, 1992; Kaplan et al., 1993; et Weinrott et al., 1997) rapportaient aussi toutes, à des degrés variables, une réduction statistique ou clinique des intérêts sexuels déviants, et ce mesuré par le pléthysmographe. Toutefois, toutes ces études évaluaient des traitements visant directement la réduction de l'excitation déviante, de manière intensive, au moyen de techniques spécialisées (techniques de satiation et/ou aversives). Ce résultat peut laisser penser qu'un traitement individualisé peut jouer un rôle non négligeable dans le travail visant à réduire l'excitation déviante. Il soulève aussi des questions entourant, d'une part, la nécessité de recourir à des techniques spécifiques de réduction de l'excitation déviante pour l'atteinte de cette cible et, d'autre part, l'intensité avec laquelle il convient d'appliquer éventuellement celles-ci. Il serait toutefois important de vérifier ces résultats au moyen d'une mesure plus objective, c'est à dire autre que de type auto-rapporté.

*Sous-constat 3.1.3 : Aucune amélioration probante n'est notée quant à certaines cibles visées.*

Force est de constater que les effets des deux types de traitement (de groupe ou traditionnels) sont nettement moins probants pour ce qui est de la *modification de certains comportements liés à la socialisation*, telle l'amélioration de l'adaptation et des habiletés sociales générales (développement d'habiletés sociales appropriées et de relations satisfaisantes avec les pairs, réduction des traits impulsifs, etc.) ainsi que l'augmentation de la *capacité à gérer l'anxiété* et les autres *émotions négatives*.

L'absence d'effets sur les *habiletés sociales* ne va pas dans le sens des résultats de Graves et ses collaborateurs (1992) qui s'étaient toutefois penchés sur un traitement orienté spécifiquement à l'entraînement des habiletés sociales, où plusieurs sessions étaient entièrement consacrées à cette cible. Ces chercheurs rapportaient des améliorations entre les différents temps de mesure et aussi des gains plus grands pour ceux qui recevaient le traitement proposé que pour ceux qui ne participaient pas au programme. Les résultats de la présente étude en lien avec les recherches antérieures amènent à penser qu'un traitement de grande *intensité* est nécessaire pour permettre des changements de *comportements*. De plus, l'absence d'impact des deux types de services au niveau de la capacité à faire face à l'anxiété est contraire aux effets mesurés par Derezotes (2000). Par ailleurs, il s'agissait aussi d'un traitement spécifiquement orienté vers la gestion de l'anxiété, qui se caractérisait par sa spécificité et son intensité. Ici encore, on peut penser que plusieurs sessions sont nécessaires au développement d'une habileté à gérer l'anxiété. Pour les adolescents ayant participé au traitement de groupe, le peu d'effets notés quant à l'amélioration de certains comportements peut aussi être attribuable à l'*écart* observé au niveau du traitement *planifié* et celui réellement *dispensé* (constat 1.2). Le nombre de sessions *planifiées initialement* au niveau de ces cibles d'intervention était peut-être suffisant; l'écart entre le traitement *planifié* et celui réellement *dispensé* rend toutefois l'obtention d'une réponse à cette question difficile.

Ces résultats peu probants liés à la *modification de tels comportements* peuvent s'expliquer en partie par le fait que globalement, comme on l'a vu précédemment, les adolescents rapportaient au départ peu de déficits sur ces dimensions. En effet, il est difficile de s'améliorer sur des compétences que l'on possède déjà au départ. De plus, on peut aussi se questionner sur la pertinence d'avoir recours aux mesures auto-rapportées pour cerner les changements de comportements, considérant le fait que certaines études antérieures (Graves et al., 1992) signalaient que, de manière générale, les parents évaluent les gains de leurs jeunes de manière moins favorable que ceux-ci. Pour l'obtention d'un portrait plus juste, plusieurs études recensées proposaient également de mesurer la modification des comportements par le biais d'un instrument spécifiquement construit pour le programme mesuré (par exemple, l'étude de Graves et al., 1992 – instrument ASSET) ou encore, par le biais de sources multiples (observations directes, entrevues de parents, etc.).

*Sous-constat 3.1.4 : Des stratégies d'adaptation défensives (refoulement, déni et désirabilité sociale) sont encore bien présentes au second temps de mesure.*

Le portrait des caractéristiques des adolescents en début de traitement mettait en lumière le fait qu'ils avaient souvent recours à des stratégies d'adaptation défensives, ce qui pouvait, d'une part, colorer les réponses fournies aux questionnaires et, d'autre part, affecter leur engagement au niveau du traitement. L'analyse des effets du traitement montre que le recours à de telles stratégies d'adaptation ne diminue pas à la suite des interventions. En effet, l'indice de *désirabilité sociale* est qualifié d'élevé, tout comme au début de l'intervention. De plus, une augmentation du nombre d'adolescents présentant un score clinique et ce, dans le groupe expérimental comme dans le groupe de comparaison, apparaît au deuxième temps de mesure sur l'échelle du *refoulement* et sur celle du *déni*. Qui plus est, un effet négatif est noté, soit une présence plus grande de déni au second temps de mesure chez les adolescents du groupe expérimental.

Le fait que le traitement soit spécifiquement orienté vers une compréhension des gestes posés alors qu'il s'adresse à un nombre important d'adolescents ayant aussi été

victimes d'agressions sexuelles peut donner lieu à diverses réflexions. En ce sens, plusieurs chercheurs travaillant auprès des victimes d'agressions sexuelles croient que le fait d'aborder le thème de l'agression sexuelle durant le traitement n'est efficace que si les participants ont développé au préalable des stratégies d'adaptation leur permettant de tolérer et de gérer les affects liés aux souvenirs douloureux de l'agression sexuelle subie. Ainsi, on peut peut-être penser que les adolescents agresseurs sexuels qui sont aussi victimes auraient recours à des mécanismes défensifs associés à la dissociation pour gérer les souvenirs liés à l'agression dont ils ont été victimes lorsque le traitement aborde directement les agressions sexuelles commises, et ce surtout s'ils n'ont pas acquis d'autres stratégies d'adaptation ou de gestion de l'anxiété. Considérant le fait que peu de changements sont constatés en ce qui a trait à la capacité des adolescents de gérer leur anxiété, le recours à des mécanismes défensifs peut être ainsi perçu chez certains comme une stratégie adaptative.

Des études évaluatives antérieures comportant aussi deux temps de mesure avaient déjà présenté des observations similaires quant à l'observation d'une augmentation de réponses sur les échelles de *déni* et de *refoulement* au Jesness (Kelly et Baer, 1969 et Jesness et al. 1972 – cités dans Forget, 1977). Ces travaux mettaient en relief l'importance de ne pas considérer d'emblée ces résultats comme l'indice de détériorations, ni comme le seul reflet d'un recours à des stratégies adaptatives, mais bien comme une sorte de manifestation « d'optimisme, de bien-être psychologique et de *feelings* positifs à l'égard d'autrui » (p. 56).

*Sous-constat 3.1.5 : Les adolescents sont apparemment également satisfaits des services reçus.*

Il paraît important de souligner que les adolescents se disent, en fin d'intervention, globalement satisfaits des services reçus aux Centres jeunesse et des relations établies avec leurs intervenants et ce, peu importe les modalités des services reçus. Cette observation mérite d'être soulignée, notamment dans le contexte actuel où ces établissements n'ont pas

toujours bonne presse. À titre d'exemple, on pouvait lire dans le journal *Le Devoir* un article intitulé : « Les Centres jeunesse sont sévèrement critiqués » (Beauchemin, 2004). Cet article présentait certains résultats d'un rapport de recherche du *Conseil permanent de la recherche* (*Les jeunes en centres jeunesse prennent la parole! Avis et Rapport de recherche, 2004*). Selon ce rapport, les jeunes se disaient insatisfaits des intervenants à plusieurs égards. À titre d'exemple, on peut y lire : « le système ne procure pas les effets escomptés (...) les jeunes souhaitent une plus grande disponibilité des intervenants ». Il serait intéressant d'approfondir ces premières impressions recueillies.

**Constat 3.2 : Les deux groupes (expérimental et de comparaison) sont aussi efficaces l'un que l'autre.**

La seconde hypothèse voulant que les jeunes ayant reçu le traitement de groupe à cibles multiples s'améliorent statistiquement plus que ceux n'ayant reçu que les services dits « traditionnels », n'est pas ici confirmée. Effectivement, deux *effets d'interaction* statistiquement significatifs en faveur du groupe expérimental (sur un total de 55 indicateurs cliniques) n'est pas un résultat concluant. Ce résultat est conforme à ceux présentés par la seule étude comparable pour laquelle les auteurs ne pouvaient conclure à un effet de traitement de groupe (Hains et al., 1986). Ces chercheurs s'étaient penchés sur l'efficacité d'une intervention de groupe à cibles multiples et avaient aussi eu recours à un groupe de comparaison. Rappelons que, parmi les cinq études recensées ayant eu recours à des groupes de comparaison, trois seulement nous permettent de conclure à un effet de traitement (Borduin et al., 2000 et 2003; Graves et al., 1992; Weinrott et al., 1997).

*Sous-constat 3.2.1 : Deux effets significatifs en faveur d'une participation au traitement de groupe sont notés.*

Non seulement des améliorations importantes sont-elles notées entre les deux temps de mesure en ce qui a trait aux cibles liées à la *compréhension du processus de l'agression sexuelle* et aux *attitudes en matière de sexualité*, mais les résultats mettent de plus en lumière que certaines de ces améliorations sont statistiquement significatives, et ce en

faveur des adolescents du groupe expérimental. Le fait que, au terme du traitement de groupe, les adolescents soient davantage aptes à *reconnaître avoir planifié les gestes* est peu surprenant. Tel que mentionné dans les résultats, il semble que *l'intégration du processus de l'agression sexuelle* est la cible la plus souvent rapportée. Cette cible est aussi l'une de celle pour laquelle, selon les intervenants (voir Tableau 22), les adolescents du groupe expérimental ont connu la plus grande progression entre le début et la fin du traitement de groupe. De plus, l'instrument qui a servi à mesurer la *compréhension du processus de l'agression sexuelle* (QCG) est sans doute celui qui est le plus lié aux points directement travaillés dans le traitement de groupe structuré parce qu'il a été construit en fonction de dimensions précises à mesurer.

En ce qui a trait aux *attitudes* liées à la sexualité, les résultats encourageants portent à croire notamment que cette cible a pu, tel que mentionné précédemment, avoir été visée à travers d'autres cibles puisque le traitement de groupe comportait spécifiquement plusieurs cibles orientées de près ou de loin vers le thème de la sexualité (p. ex. : compréhension du cycle de l'agression, modification des croyances erronées, etc.). De plus, l'effet spécifique d'une participation à un groupe (c.-à-d. par l'influence des pairs, le *modeling*, les confrontations, etc.) a pu aussi exercer un effet positif quant aux changements ayant trait à cette cible.

*Sous-constat 3.2.2 : Un effet significatif en faveur d'une participation aux seuls services traditionnels est noté.*

Chez les adolescents du groupe de comparaison, il convient d'interpréter, à la lumière des résultats obtenus au premier temps de mesure, le fait que les changements observés en ce qui a trait à la présence d'une relation conflictuelle à l'endroit du père se distinguent significativement de ceux observés dans le groupe expérimental. Il ressort qu'au départ les deux groupes se distinguaient significativement quant à cette variable. La relation était qualifiée de « cliniquement problématique » en moyenne pour les adolescents du groupe de comparaison et non pour ceux du groupe expérimental. Peu d'éléments nous



permettent d'expliquer que la relation avec le père (et également avec le conjoint de la mère) soit au départ qualifiée de plus difficile pour les jeunes du premier groupe et non pour ceux du second. Toutefois, bien que non significative, une tendance montre que plus de jeunes du groupe de comparaison (84 %) que de jeunes du groupe expérimental (58 %) ont vécu une séparation des parents. Ce résultat illustre le fait qu'il importe de considérer le niveau de base dans l'analyse des changements. À la lumière de ces distinctions, on peut penser que plus on note de difficultés au départ face à cette dimension, plus on a de chances d'observer un changement au second temps de mesure.

De plus, bien que les cibles travaillées dans le cadre des services traditionnels ne soient pas rapportées dans le cadre de la présente étude, nous ne pouvons écarter le fait que des thèmes liés à la communication entre les parents et les adolescents, ou au climat familial général, aient pu être abordés. On ne peut pas dire par ailleurs qu'il s'agit de cibles ayant été directement visées dans le traitement de groupe. En ce qui a trait à celui-ci, la recherche de l'amélioration des attitudes conflictuelles et du développement de l'attachement à l'endroit des parents avaient été proposés comme cibles à mesurer, étant donné qu'il était prévu initialement que le traitement de groupe devait comporter des volets incluant la participation des parents. Vu la difficulté de mobiliser ces derniers (pour remplir les questionnaires et pour participer aux groupes de parents), la volonté de les impliquer dans le traitement a été délaissée en cours de recherche. Ainsi, peu de changements étaient attendus et notés de ce côté. Dans le même sens, l'étude de Graves et al. (1992), qui évaluait un traitement dont les cibles n'étaient pas spécifiquement orientées vers l'amélioration du fonctionnement familial, avait montré des résultats partagés en ce qui a trait à ces dimensions.

**Constat 3.3 : Chez le groupe expérimental, une plus grande participation au groupe favorise certains gains mesurés.**

Le fait qu'une plus grande participation au groupe, en terme de nombre de rencontres, permette que les jeunes se sentent davantage *acceptés socialement* et *capables*

*de développer des amitiés proches* est prometteur. En effet, ces dimensions liées à la socialisation laissent entrevoir que ces cibles exigent pour être atteintes un plus grand engagement de la part des participants. De plus, on peut penser que, pour les adolescents ayant participé au groupe, les facteurs inhérents à cette modalité d'intervention mentionnés précédemment, comme la cohésion et l'universalité (c.-à-d. le fait de sentir une appartenance à un groupe et réaliser que d'autres vivent des choses similaires), peuvent avoir exercé une influence positive à titre d'agents de changement (Forsyth et Corazzini, 2000).

En ce qui a trait à la *compréhension du processus de l'agression sexuelle* et à la *reconnaissance d'intérêts sexuels et de remords*, l'observation d'effets significativement plus probants pour ceux qui ont un plus haut taux de participation aux rencontres constitue aussi un point fort intéressant. D'une part, parce qu'il s'agit des cibles spécifiquement abordées dans le groupe de manière plus intensive. D'autre part, parce que ce résultat suggère, comme le propose la littérature d'ailleurs, qu'un engagement plus grand des participants est nécessaire pour une reconnaissance de difficultés plus profondes et intimes telles celles liées aux intérêts sexuels déviants et à la présence de remords, reconnaissance qui suppose une prise de conscience nécessaire et préalable à des changements possibles. Ces résultats illustrant les effets d'une plus grande participation des jeunes plaident en faveur de mesures visant à les motiver à s'engager davantage dans leur traitement.

#### **4. Quelles hypothèses explicatives pourraient justifier le constat que les deux groupes (expérimental et de comparaison) sont aussi efficaces l'un que l'autre?**

Comme il a été exposé au constat 3.2, la seconde hypothèse de recherche n'a pu être confirmée. Rappelons que cette hypothèse stipulait que les jeunes ayant reçu le traitement de groupe spécialisé à cibles multiples (groupe expérimental) s'amélioreraient statistiquement plus que ceux n'ayant reçu que les services dits « traditionnels » (groupe de

comparaison). Trois hypothèses explicatives seront proposées maintenant pour tenter d'apporter un éclairage à ce constat.

**Première hypothèse explicative : Tel qu'appliqué, le traitement de groupe spécialisé à cibles multiples n'est effectivement pas plus efficace que les « services traditionnels ».**

Une première hypothèse qu'on ne peut exclure suppose qu'effectivement, le traitement de groupe, tel qu'évalué au moment de l'étude, n'est pas suffisamment efficace pour se démarquer du rendement attendu d'une participation aux « services traditionnels ». Par ailleurs, l'étude a toutefois démontré que les *deux modalités* avaient entraîné des gains significatifs. Force est de constater qu'il existe, chez toutes deux, des éléments (communs ou propres à chacune) qui ont pu favoriser des gains alors que d'autres ont pu, inversement, en limiter les effets. Dans le cadre de cette première hypothèse, différents éléments ayant pu teinter l'efficacité de ces services seront présentés, bien qu'il soit difficile de mesurer la contribution réelle de chacun de ceux-ci.

Avant de se pencher sur les éléments propres à chacune de ces deux modalités, il importe d'examiner une *influence commune* aux deux modes de traitement, soit l'effet même du *contexte de recherche* sur le rendement mesuré. Selon Trochim (2006), dans le cadre d'une *recherche clinique*, des influences liées à un ensemble « d'interactions humaines » coloreraient les effets spécifiques des traitements et ce, tant pour les interventions ayant lieu au sein du *groupe expérimental* que pour celles ayant lieu au sein du *groupe de comparaison*. Cependant, toujours selon cet auteur, il est difficile de contrôler de telles influences liées au contexte de recherche. Celles-ci peuvent alors introduire des « bruits » au moment d'évaluer l'impact direct d'un traitement. Il devient ardu de départager l'apport du contexte de recherche de l'apport réel des types de traitement évalués. C'est pourquoi, n'ayant pu mesurer les effets directs de telles influences et ce, tant du côté du groupe expérimental que du côté du groupe de comparaison, il importe d'y réfléchir afin d'en comprendre l'impact potentiel.

### ***Réflexion entourant l'efficacité des traitements dans un contexte de recherche***

Certains auteurs rappellent que l'on doit tenir compte des variables liées au contexte même de la recherche (p. ex. : contacts avec les chercheurs, participation à un protocole d'évaluation, etc.) au moment de l'interprétation des résultats (Haaga et Stiles, 2000; Trochim, 2006). Selon ces auteurs, un traitement qui se déroule dans un contexte de recherche se distingue d'un autre qui ne s'inscrit pas un tel contexte. Par les discussions régulières avec les membres de l'équipe de recherche, la présence de sessions de formation offertes et la remise de rapports cliniques, on comprendra en effet que dans le cadre de la présente étude, la motivation des intervenants impliqués dans les deux groupes a pu s'en trouver accrue.

Trochim (2006) va plus loin en introduisant l'idée que l'ensemble de ces « interactions humaines », inhérentes à l'activité de la recherche sociale appliquée, peuvent contribuer grandement à atténuer les différences observées au post-test. Selon cet auteur, l'influence de ces interactions humaines, sur les groupes de comparaison notamment, est telle qu'elle peut agir en égalisant les résultats obtenus (ou en atténuant les différences) entre les différents groupes. Il soulève notamment plusieurs types d'influences humaines pouvant exercer un impact important sur le plan des performances obtenues chez les participants des groupes de comparaison (Trochim, 2006). À titre d'exemple, les participants et les intervenants d'un groupe de comparaison peuvent développer une *attitude compétitrice* simplement « pour montrer » jusqu'à quel point ils peuvent être performants et ce, malgré le fait qu'ils n'aient pas été « choisis » pour faire partie du groupe expérimental (Trochim, 2006).

Dans le cadre de la présente étude, force est de constater que les données fournies par le groupe de comparaison (Centres jeunesse de la Montérégie) provenaient bien souvent des mêmes intervenants, alors que le projet de recherche avait été annoncé à l'ensemble des intervenants du territoire couvert par ce Centre jeunesse. On pourrait penser, par exemple, qu'il s'agissait peut-être des intervenants les plus motivés par le travail auprès d'agresseurs

sexuels, ou par le projet de recherche lui-même. Ainsi, leur *niveau d'enthousiasme* a pu également contribuer aux effets obtenus, bien que l'effet direct de cette variable n'ait pas été mesuré et ce, tant chez les intervenants du groupe expérimental que chez ceux du groupe de comparaison. En effet, du côté du groupe expérimental, on pourrait croire que les intervenants ont été eux aussi fort stimulés et motivés par le fait d'être impliqués dans ce groupe, auquel étaient associées l'application d'un traitement prometteur et l'utilisation de manuels de traitements bien documentés.

Parmi les autres influences liées au contexte de recherche, l'effet d'une rétroaction (résultats des tests, améliorations attendues, etc.) communiquée en cours d'étude a été étudié par d'autres chercheurs. En effet, les auteurs Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch, Nielsen et Hawkins (2001) ont mené une étude contrôlée auprès de 609 patients (deux groupes expérimentaux et deux groupes de comparaison). Ces auteurs montrent clairement que le fait de donner du feedback augmente les résultats obtenus au moment de l'évaluation post-traitement, notamment chez les patients pour lesquels étaient anticipés des résultats moins prometteurs, peut-être estiment-ils, parce que les intervenants les avaient ciblés davantage dans la suite du traitement.

Pour la présente étude, un rapport clinique exhaustif (voir Annexe 7) a été remis aux intervenants *des deux groupes*, après chacun des deux moments d'évaluation. Ce rapport présentait notamment une évaluation globale liée aux facteurs de risque, certains éléments auxquels l'intervenant devait porter une attention spéciale de même que des pistes possibles d'intervention. On pouvait donc s'attendre à ce que les résultats obtenus (améliorations au post-test) soient en partie le fait du « contexte même » de l'étude, caractérisé dans ce cas-ci par la transmission de la rétroaction aux intervenants, et ce tant chez le groupe expérimental que de comparaison.

En conclusion, bien que n'ayant pas été directement évalué, le contexte de recherche a pu contribuer aux effets mesurés à la suite d'une participation à chacune des modalités (traitement de groupe et services traditionnels). De plus, il importe de se pencher

maintenant sur les éléments *propres* à chacune de ces modalités qui ont pu, de manière spécifique pour chacune, en colorer les effets.

### ***Réflexion entourant l'efficacité spécifique du traitement de groupe***

Avant d'aborder spécifiquement les éléments liés à la modalité de groupe, on peut se demander, pour les participants du groupe expérimental, quelle portion des effets obtenus pourrait être attribuable au fait d'avoir reçu, en parallèle, des « services traditionnels ». Toutefois, il est impossible de distinguer, pour les adolescents du groupe expérimental, l'apport d'une participation au traitement de groupe à celui d'une participation aux services traditionnels. En effet, bien que les services traditionnels dispensés ont pu être décrits pour le groupe de comparaison, de tels services n'ont pu être documentés pour le groupe expérimental.

C'est pourquoi trois aspects à considérer, parce qu'ayant pu teinter l'efficacité attribuable *spécifiquement au traitement de groupe*, seront d'abord présentés. Par la suite, une réflexion entourant les services traditionnels sera exposée.

#### *1 – Écart trop important entre le traitement de groupe planifié et celui réellement appliqué*

Ce premier aspect touche l'*implantation* du traitement de groupe. Il ressort que les adolescents n'ont peut-être pas reçu l'ensemble du traitement de groupe proposé, avec toute l'intensité requise pour chacune des cibles à évaluer. Cet écart entre le traitement *planifié* et celui réellement *appliqué* en complexifie grandement l'évaluation. En effet, après leurs qualités psychométriques, un critère important dans le choix des instruments a été la recherche du meilleur appariement avec les cibles travaillées dans le groupe. On peut supposer que, si les instruments retenus s'écartent davantage des cibles du traitement de groupe planifiées au départ, ceci a pu contribuer à amoindrir les possibilités de mettre en relief la supériorité éventuelle des améliorations du groupe expérimental. En ce sens, l'instrument-maison mesurant la *compréhension du processus de l'agression* (QCG – soit

celui le plus près des cibles travaillées durant l'intervention de groupe) est celui qui semble avoir permis de distinguer le plus les deux groupes quant aux effets mesurés. Inversement, les instruments mesurant les dimensions liées à la modification de comportements, telles que les habiletés sociales ou la gestion du stress (des dimensions cliniques apparemment abordées avec moins d'intensité dans le groupe), n'ont pas permis de rendre compte d'améliorations importantes entre les deux temps de mesure, ni de distinguer les effets des deux types de traitement à l'étude.

Il a été mentionné précédemment que cet écart entre la planification du traitement de groupe et son application réelle reflétait le fait, qu'apparemment, trop de cibles d'intervention étaient visées ou encore, au reflet de l'expérience et de la sensibilité cliniques des intervenants (lire constat 1.2). En effet, bien que cet écart entre les manuels et l'application du traitement de groupe en complique la mesure, les intervenants doivent souvent faire face à des situations cliniques imprévues et être à l'écoute des besoins particuliers des participants. Comme le mentionnent les auteurs Haaga et Stiles (2000), cette « flexibilité clinique », bien qu'essentielle dans la pratique, devient « (...) severely problematic if the goal is to empirically demonstrate that research psychotherapies are effective in clinical settings » (Ingram, Hayes et Scott, 2000, p. 50).

## *2 – Caractère trop « académique »*

La description des participants a mis en lumière le fait que bon nombre éprouvaient des difficultés académiques importantes de tout ordre. Or, on peut se demander si le format actuel du traitement de groupe proposé tenait suffisamment compte de cette réalité. Les jeunes étaient assis autour d'une table, cahiers d'exercices et crayons à la main, ce qui rappelait évidemment le contexte scolaire. De plus, bien que certaines rencontres étaient davantage interactives, plusieurs sessions sollicitaient par contre des habiletés qu'on pourrait qualifier d'*académiques* (p. ex. : exercices écrits, prises de notes, lectures, observations au tableau, etc.). En plus de peu tenir compte des difficultés d'apprentissage de certains jeunes liées à des capacités d'attention et de concentration limitées, ce caractère

« académique » du traitement a pu également favoriser chez d'autres des réticences, accentuer leurs défenses, ou encore, entraîner une baisse de motivation. Ainsi, le rendement de certains jeunes a pu être entravé par la façon même d'aborder le contenu proposé.

### *3 – Alliance thérapeutique non suffisamment considérée*

À nouveau, le portrait brossé des participants met en relief des caractéristiques propres à ceux-ci qu'il importe de considérer dans l'application du traitement. Dans la forme actuelle du traitement proposé, les thèmes liés aux gestes posés et à l'histoire sexuelle (p. ex. : reconnaître et décrire les gestes posés, confronter les erreurs de pensée, aborder les expériences de victimisation subies, etc.) sont mis en place très tôt au cours des premières semaines de traitement. Or, considérant le fait que bon nombre de jeunes démontrent des symptômes associés à un niveau élevé de détresse psychologique, font face à une histoire de victimisation sexuelle et présentent des mécanismes de défense, il serait important de recommander une approche visant à mettre une emphase accrue lors des premières rencontres sur l'alliance thérapeutique à bâtir. L'idée générale est alors de favoriser en premier lieu la réduction de symptômes de détresse (p. ex. : affect dépressif et anxieux, stress post-traumatique) et l'acquisition de nouvelles stratégies d'adaptation pour ensuite aborder les thèmes liés spécifiquement aux gestes posés. Le climat de confiance alors établi permet aussi d'atténuer les craintes par rapport aux conséquences d'autres dévoilements, favorisant ainsi chez les jeunes une plus grande capacité à se montrer sous leur vrai jour et à s'engager dans le traitement.

Dans cette foulée, des travaux récents portant sur divers modèles d'intervention auprès d'adultes agresseurs concluent à l'intérêt d'intégrer aux approches actuelles l'accentuation des forces des individus par une attitude à la fois directive mais empathique, plutôt que d'adopter une approche orientée vers la seule confrontation (Mann, Webster, Shofield et Marshall, 2004; Marshall, 2005). Dans des études récentes portant sur les thérapies d'adultes agresseurs, certains auteurs se sont intéressés davantage au climat du groupe et aux attitudes des thérapeutes en tant qu'agents importants dans les processus



cliniques de changement (Beech et Hamilton-Giachritsis, 2005; Drapeau, 2005; Jennings et Sawyer, 2003; Marshall et Serran, 2000). Les traitements mis en place auprès des adolescents agresseurs pourraient s'inspirer davantage de ces modèles novateurs.

### ***Réflexion entourant l'efficacité spécifique des services traditionnels***

Trois aspects liés aux caractéristiques du traitement de groupe, ayant pu en avoir coloré l'efficacité, viennent d'être exposés. De la même façon, il importe de se demander quelles pourraient être les caractéristiques, cette fois, des services traditionnels qui ont pu contribuer à leurs effets.

#### ***1 – Approche individualisée***

Au constat 3.1.2, faisant état des gains mesurés chez les participants des seuls services traditionnels (groupe de comparaison), était présentée l'idée que de tels services favorisaient une approche plus *individualisée* (en terme de besoins spécifiques ciblés, d'installation de l'alliance thérapeutique, etc.), contrairement à une approche de groupe. Bien qu'inhérent à des services en individuel ou en familial, le caractère *individualisé* des services traditionnels a pu aussi être favorisé par le contexte même de la recherche, notamment par la remise du rapport clinique. En effet, il a été suggéré précédemment que les deux types de services dispensés aient pu, par cette mesure, tenir davantage compte des besoins spécifiques des adolescents.

De plus, force est de constater que la remise du rapport clinique a différé selon que les intervenants étaient liés au groupe expérimental ou au groupe de comparaison. Les intervenants du groupe expérimental ont reçu le rapport par le courrier ou lors d'une rencontre de groupe en présence de plusieurs intervenants. Lors d'une telle rencontre, les résultats étaient présentés de manière globale pour l'ensemble des adolescents du groupe de traitement. La discussion clinique n'était généralement pas orientée vers les besoins spécifiques d'un jeune donné. Rappelons toutefois que les intervenants pouvaient en plus au besoin consulter les coordonnatrices de la recherche afin de discuter de l'interprétation

des résultats des rapports reçus. Or, les intervenants liés au groupe expérimental n'ont que peu sollicité par la suite les coordonnatrices pour discuter des résultats spécifiques d'un jeune donné, contrairement aux intervenants du groupe de comparaison. En effet, la remise du rapport clinique prenait, pour ces derniers, la forme d'un échange clinique plutôt exhaustif lors d'une rencontre individuelle entre l'intervenant et la coordonnatrice.

Deux considérations peuvent notamment expliquer les distinctions entre ces deux façons de faire : 1. D'une part, les chercheurs ont peut-être été eux-mêmes davantage proactifs en sollicitant les intervenants du groupe de comparaison au moment de la remise du rapport clinique et ce, notamment afin de préserver l'intérêt de ces intervenants à l'égard de l'étude et favoriser ainsi le recrutement d'adolescents. La remise du rapport clinique et la discussion avec la responsable devenaient ainsi des mesures qui permettaient aux chercheurs de faire connaître le projet de recherche et de mesurer leur intérêt face à celui-ci.; 2. D'autre part, pour les intervenants du groupe de comparaison, cet échange semblait répondre à un besoin, en devenant une rare occasion de partager leurs idées face à cette problématique spécifique et à l'orientation à donner à leurs interventions. Cela amène à penser que le traitement devenait ainsi davantage orienté vers les besoins particuliers d'un adolescent donné.

## *2 – Ressemblances avec les cibles visées dans le cadre du traitement de groupe*

De plus, les services offerts aux participants du groupe de comparaison ont pu, de part les cibles visées, s'apparenter, et ce plus qu'anticipé initialement, à l'intervention de groupe. Il importe de rappeler que les dimensions cliniques mesurées auprès des adolescents étaient issues des instruments *choisis* dans le cadre de l'étude, choisis parce qu'*appariés de près* aux cibles directement abordées dans le cadre du traitement de groupe (p. ex. : habiletés sociales, connaissances en matière de sexualité, anxiété, etc.). Ainsi, après la lecture du rapport clinique, on peut penser que les cibles d'intervention qui ressortent comme étant à mettre de l'avant, parce que déficitaires chez un adolescent, aient pu s'inscrire parmi les thèmes abordés dans le cadre du traitement de groupe. Ainsi, sur le

plan des cibles de traitement visées, il est possible de croire que les deux types des services aient pu, et ce davantage qu'initialement prévu au départ, se ressembler. On peut penser que cela ait amoindri les différences entre les deux modalités d'intervention, bien que non spécifiquement documenté et mesuré.

Force est de constater que les services traditionnels évalués ne sont peut-être plus les services « habituellement » dispensés, puisque orientés désormais en tenant compte des recommandations des chercheurs. En ce sens, les auteurs Haaga et Stiles (2000) écrivent au sujet des groupes de comparaison de traitement dits « traditionnels » : « Treatment-as-usual is temporally and geographically specific and fluid, reducing the generality of the findings » (p.16).

Finalement, cette première hypothèse met en relief l'idée que, pour chacune des deux modalités (de groupe et traditionnelle), le contexte de la recherche a pu renforcer, ou limiter, les apports spécifiques inhérents à chacune. Ces influences contribuent à expliquer que chacune des modalités a permis plusieurs gains, mais qu'aucune n'est plus efficace que l'autre. Des analyses plus poussées, ou les études futures, permettront sans doute de mieux comprendre quels ont été les « ingrédients » liés davantage aux effets mesurés.

**Seconde hypothèse explicative : Le fait que les adolescents présentent peu de problèmes en début de traitement face à certaines dimensions a pu masquer l'apport spécifique du traitement de groupe.**

Tel que mentionné précédemment, le fait que les adolescents présentent peu de problèmes en début du traitement face à certaines dimensions rend l'observation d'améliorations sur celles-ci peu probable. En effet, imaginons un continuum sur lequel les adolescents se situent, en début d'intervention, à l'une des extrémités qui les positionne d'emblée près du pôle des « très compétents ». Il devient difficile, considérant le peu de *marge d'amélioration possible*, que ces adolescents se rapprochent de l'extrémité qualifiée de « excessivement compétents ». Rappelons que, globalement, au moment du *pré-traitement*, les adolescents rapportent peu de déficits en ce qui a trait à plusieurs

*comportements à modifier*, compétences visées spécifiquement dans le cadre du traitement de groupe (constat 2.5). En effet, après un examen des scores *moyens* sur ces échelles, on constate que les adolescents disent généralement se sentir compétents, notamment en ce qui a trait aux différentes dimensions liées aux habiletés sociales (p. ex. : habiletés sociales générales et hétérosexuelles, sentiments de solitude, etc.) et à celles liées à la gestion d'émotions (p. ex. : agressivité, colère, anxiété). Diverses pistes explicatives ont été présentées afin d'expliquer ce portrait positif des jeunes obtenu avant le traitement (constat 2.5), de même que, l'absence d'améliorations mesurées sur ces dimensions au second temps de mesures (constats 3.1.3 et 3.1.4).

Il importe de souligner que ce constat de départ ait pu contribuer à masquer également les effets du traitement de groupe et ce, pour deux considérations. La première considération est liée au fait que le traitement de groupe a été conçu pour aider les participants à développer certaines compétences, besoins fréquemment mentionnés dans les recensions des écrits antérieures. Or, si le développement de telles aptitudes ne correspond pas aux déficits spécifiques des adolescents retenus, on comprendra qu'il devient ardu de mesurer l'apport particulier du traitement de groupe. La seconde considération est liée cette fois au fait qu'avec une petite marge d'amélioration possible, les faibles différences entre les effets des deux groupes (expérimental et de comparaison) deviennent difficilement significatives. C'est pourquoi, à nouveau, on ne peut écarter cette troisième hypothèse explicative.

**Troisième hypothèse explicative : Le nombre de participants limite la possibilité d'obtenir des différences qui seront considérées comme statistiquement significatives au post-test.**

Cette troisième hypothèse explicative fait notamment référence à la *puissance* de l'étude, concept étroitement lié entre autre à la taille des échantillons. Les auteurs Haaga et Stiles (2000) rappellent qu'une faible puissance statistique ajoute à la difficulté d'interpréter les résultats : n' y a-t-il effectivement pas de différences entre deux traitements, ou

l'échantillon est-il plutôt de taille trop faible pour permettre de faire ressortir la présence d'une différence? Ainsi, une taille d'échantillon plus élevée aurait-elle permis de révéler plus d'effets significatifs? La puissance statistique de l'étude est fréquemment évoquée dans ce type d'étude comme hypothèse explicative.

Rappelons que la puissance statistique est fonction de différentes dimensions, soit des *critères choisis de signification statistiques* (seuils alpha), des *grandeurs d'échantillons* et des *tailles d'effets* (Roth et Fonagy, 2005). Le recours à des échantillons de petites tailles réduit la puissance de l'étude, et rend ainsi bien difficile l'obtention d'effets statistiquement significatifs, et ce même à un seuil de signification de .05 (Newton et Rudestam, 1999). En ce sens, il semblerait que, pour être en mesure de détecter une différence statistiquement significative à un seuil de .05 entre deux groupes, le chercheur aurait dû faire appel à 64 participants dans chaque groupe et ce, pour l'obtention d'une taille d'effet qualifiée de « modérée » (Cohen, 1992 – cité dans Haaga et Stiles, 2000, p. 21).

Il appert toutefois que rares sont les études évaluatives qui atteignent cet ordre de grandeur d'échantillonnage; la recension présentée ici illustre le fait que les études évaluatives dans ce champ spécifique ne font pas exception à la règle. Bien que de grandeur nettement plus élevée que la plupart des échantillons des études comparatives recensées, les tailles des échantillons de la présente étude ( $n = 54$  pour le groupe expérimental;  $n = 19$  pour le groupe de comparaison) ne peuvent être considérées comme très élevées. On peut penser que ces tailles d'échantillons n'ont permis de faire ressortir que des effets très apparents (Newton et Rudestam, 1999; Roth et Fonagy, 2005). Ainsi, des tailles d'échantillons supérieures auraient peut-être pu faire ressortir d'autres dimensions sur lesquelles les deux groupes se distinguaient mais de façon moins évidente.

Par ailleurs, l'observation des *tailles d'effets* permet d'avoir une idée de ces effets moins apparents pouvant possiblement être mis en lumière par l'augmentation du nombre de participants recrutés. En effet, contrairement à la *signification statistique*, les tailles d'effets ne sont pas liées à la taille des échantillons. Ainsi, pour une même taille d'effet,

l'effet d'interaction peut être significatif pour une étude donnée et non significatif pour une autre, cette dernière ayant eu recours à une taille d'échantillon moins élevée. Toutefois, les études récentes négligeraient encore trop souvent l'analyse des tailles d'effets en faveur de l'analyse des effets à partir des seuils de signification (Roth et Fonagy, 2005).

Dans le cas de la présente étude, l'examen de l'ensemble des tailles d'effets des interactions (valeurs des *éta partiel carré*) les situe entre des tailles dites « petites » et « modérées ». Ainsi, il semble peu probable qu'un échantillon plus volumineux puisse permettre de faire ressortir plusieurs autres effets d'interaction statistiquement significatifs. Cette hypothèse explicative mérite toutefois d'être considérée, car nous ne pouvons complètement l'éliminer.

## 5. Quelles sont les forces et les limites de l'étude?

La recension des écrits démontrait qu'à ce jour peu d'études évaluatives comportaient, d'une part, un devis avec groupe de comparaison et, d'autre part, des indices d'efficacité autres que le seul recours à l'indice de récidive. C'est pourquoi la première force de la présente étude est celle d'avoir constitué un groupe de comparaison. En effet, le recours à un devis de recherche quasi expérimental, dans le cadre duquel l'équivalence des groupes a été vérifiée, permet de contrôler certains facteurs qui auraient pu nuire à la validité interne de l'étude (p. ex. : maturation, administration de plus d'une mesure, régression statistique). Il est possible de croire plutôt que les deux groupes subissent au même degré l'influence possible de ces sources d'invalidité. De plus, à la lumière des études effectuées à ce jour dans ce domaine, on peut affirmer que, malgré le fait que sa puissance statistique demeure limitée, le nombre de participants mobilisés pour cette étude était nettement supérieur à celui de toutes les études antérieures de ce type. Le recours à de multiples mesures, autre que le seul recours à l'indice de récidive, afin de mesurer les nombreux aspects du traitement et l'ampleur des changements observés, constitue aussi une force. De plus, les efforts faits pour documenter les services réellement dispensés, de même que le niveau de participation des adolescents, méritent d'être soulignés. Enfin, l'analyse

des tailles d'effets et des changements cliniques, en plus de la seule analyse de l'indice des différences statistiques, est une avancée importante dans le domaine de ce type d'études.

Face à *l'objectif de la mesure des effets des traitements*, une première limite de l'étude est liée au choix des instruments. D'une part, pour plusieurs échelles, des normes claires et valides n'étaient pas disponibles, notamment dans le domaine des *comportements* à modifier. Ainsi, l'examen des changements cliniques n'a pu toujours être considéré. D'autre part, le fait de n'avoir qu'une source auto-rapportée de données (absence de données en provenance des parents, des professeurs, des éducateurs, etc.) constitue aussi une limite étant donné les caractéristiques défensives de cette clientèle. Par ailleurs, bien qu'il soit fréquemment recommandé de chercher à mesurer l'influence de facteurs reliés à l'environnement immédiat du jeune (tels que les attitudes et les croyances des parents et des membres de la famille, ou encore les types de soutien reçu de la part des parents), cela demeure un défi de taille à relever dans le cadre du traitement. D'autres événements extérieurs au traitement ont pu avoir un impact sur celui-ci et sur le fonctionnement familial et mériteraient qu'on s'y attarde davantage. Ainsi, les événements entourant le fait que les gestes posés soient judiciairisés ou non en cours de traitement (p. ex : effets d'une plainte policière sur le jeune et sa famille, témoignage en cours, etc.) peuvent influencer les effets observés et ce, de manière positive ou négative. Mieux documenter de tels facteurs extérieurs au traitement permettrait de mieux cerner la validité interne de l'étude.

Sur le plan des *objectifs liés cette fois à l'implantation*, il appert qu'il demeure ambitieux d'avoir un portrait complet (p. ex. : intensité accordée à chacune des cibles d'intervention, cibles non traitées, etc.) des services réellement reçus dans le cadre du traitement de groupe, de même que de ceux reçus par le groupe de comparaison. En ce qui a trait aux services dispensés aux adolescents du groupe expérimental, il n'a pas été possible de documenter les services reçus *autres* que les sessions de groupe. Il devient difficile de mettre en lumière la contribution distincte de chacune de ces composantes (effets du groupe et effets des services traditionnels). Pour les jeunes du groupe de comparaison, il a été également très ardu de documenter leur participation aux services

offerts autrement que par le nombre de rencontres auxquelles ils ont assisté, tel qu'inscrit à leur dossier. Ainsi, nous ne pouvons savoir si le nombre de rencontres auxquelles a participé un jeune était le reflet d'un pauvre investissement de sa part, d'un abandon de suivi ou plutôt du nombre réel de rencontres qui lui ont été proposées. À plus forte raison, il faut constater qu'il est encore plus difficile d'avoir un aperçu des services reçus en dehors de ces milieux d'interventions (p. ex. : suivi en individuel à l'extérieur, consultation de psychologues scolaires ou en centre d'accueil, etc.), qui auraient pu contribuer aussi aux effets du traitement. Finalement, d'autres éléments extérieurs au traitement, mais liés au contexte de la recherche (p. ex. : motivation des intervenants, effets de la remise du rapport clinique sur le traitement dispensé), n'ont pas été mesurés. Ainsi, nous ne pouvons écarter l'influence de tels facteurs externes sur la validité interne et externe de l'étude.

## 6. Que recommander pour les recherches futures?

Les suggestions suivantes pour des recherches à venir pourraient être explorées davantage et pourraient contribuer à l'avancement de la recherche dans ce domaine d'étude. Sur le *plan méthodologique* par exemple, des études d'efficacité comportant un devis de recherche qui inclut des groupes de comparaison avec des tailles d'échantillons plus grandes devraient être favorisées. Vu la difficulté de mesurer certains effets liés aux *comportements*, le recours à des types de mesure variés (p. ex. : entrevue clinique, observations directes, etc.) de même qu'une cueillette d'informations auprès de sources diversifiées (p. ex. : parents, enseignants, intervenants, etc.) devraient être encouragés. Plusieurs de ces recommandations ont été discutées dans les recensions antérieures et demeurent toujours d'actualité (Aljazeera, 1993 ; Debelle et al., 1993 ; Weinrott, 1996). L'implantation réelle du traitement devrait aussi être mieux documentée (p. ex. : durée et intensité du traitement, participation des jeunes, etc.). Le recours à certaines stratégies (p. ex. : enregistrement vidéo des rencontres, participation aux rencontres d'un observateur externe, etc.) pourrait permettre de fournir des mesures plus objectives et dresser un portrait plus complet des services réellement dispensés.



Parmi les *thèmes et les objectifs à approfondir* dans le cadre de travaux ultérieurs, les chercheurs pourraient s'attaquer en priorité aux suivants : 1. explorer quels types d'adolescents agresseurs sexuels bénéficient le plus du traitement, en observant particulièrement les effets du traitement selon que le jeune agresseur sexuel a été ou non lui-même victime d'agression sexuelle; 2. mesurer le maintien des gains après le traitement et tenter de relever les caractéristiques liées à des risques plus élevés de récidive; 3. poursuivre des études descriptives afin de raffiner les typologies pour clarifier les diagnostics différentiels, les niveaux de risque et les besoins spécifiques des adolescents, dans le but de planifier des traitements plus « individualisés »; 4. préciser le profil des adolescents qui participent moins au traitement, afin de voir comment favoriser leur participation; 5. enfin, documenter davantage d'autres éléments liés au *processus thérapeutique*, éléments qui ont pu avoir un impact important sur les effets mesurés. Ainsi, certaines caractéristiques propres aux adolescents (p. ex. : motivation, habiletés à s'engager dans le processus thérapeutique, etc.) ou aux intervenants (p. ex. : niveau d'expérience, style d'interventions, valeurs et attitudes par rapport à la sexualité, maîtrise des différentes techniques, etc.), de même que les spécificités des cohortes recevant un même traitement (p. ex. : dynamiques des différentes cohortes, niveau d'attention, qualité de l'alliance thérapeutique, climat du groupe, etc.) sont autant de points qui gagneraient à être approfondis.

## **7. Quelles ont été les retombées de l'étude au niveau des pratiques cliniques?**

La présente étude a sans contredit entraîné jusqu'à ce jour des retombées intéressantes sur le plan des pratiques cliniques. En premier lieu, avant même la mise en place de la collecte de données, l'implantation de ce projet de recherche a permis à deux équipes d'intervenants chevronnés, oeuvrant auprès d'adolescents agresseurs sexuels (ceux des centres jeunesse de la Mauricie Centre-du-Québec et ceux de Lanaudière), de se réunir régulièrement au cours des années 1998 et 1999 afin de repenser le traitement proposé et de

le rendre accessible aux praticiens à l'aide de deux manuels de traitement (CJ de Lanaudière et al., 1999). Elle a aussi permis de mettre en place un protocole d'évaluation exhaustif (Lagueux et al., 1999) de manière à ce que les intervenants soient sensibilisés à des mesures leur permettant d'avoir un meilleur portrait de leur clientèle. Au cours des quatre années de collecte de données, le rapport clinique remis aux intervenants du groupe expérimental (traitement de groupe) et du groupe de comparaison (services traditionnels) a permis l'amorce d'un travail de soins davantage adaptés aux besoins particuliers de chaque adolescent. En ce qui a trait spécifiquement aux intervenants du groupe expérimental, le fait de colliger des informations quant à l'implantation du programme de traitement (p. ex. : rédaction de notes évolutives après chaque rencontre pour chacun des adolescents, énumération des objectifs travaillés, évaluation du progrès des jeunes, etc.) a favorisé un recul par rapport aux services dispensés et une réflexion continue entourant l'efficacité de ceux-ci.

Depuis la fin de la collecte de données, les intervenants de l'équipe du PETAS des Centres Jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, équipe qui offrait le traitement de groupe à la majorité des adolescents de l'échantillon, ont fait part d'impacts positifs liés à ce projet. Une rencontre avec ces intervenants (décembre 2005) a permis de recueillir leurs impressions quant aux retombées cliniques de cette étude sur leurs pratiques. Le recul par rapport au traitement de groupe que l'étude a rendu possible leur a aussi permis depuis d'apporter des ajustements aux modalités de l'intervention de groupe. Une attention particulière est désormais mise à la sélection des participants au groupe afin de favoriser un meilleur climat au sein de celui-ci et d'adapter davantage les services aux besoins particuliers de chacun. Ainsi, le nombre de participants par groupe est maintenant limité à un nombre allant de six à huit. D'autre part, le fonctionnement des groupes est aussi moins académique : les jeunes ne sont plus attablés mais assis en cercle, le cahier d'exercices à compléter est aboli, etc. Afin de tenir compte des difficultés d'attention des jeunes, la collation est servie en début de session, et non plus à la fin de la rencontre. La séquence des thèmes a été aussi grandement modifiée. Dorénavant, au cours des huit premières

rencontres, l'accent est mis sur le souci de bâtir l'alliance avec les adolescents. Ainsi, lors de ces rencontres, on va s'intéresser notamment à l'histoire du jeune, à ce qu'il vit quotidiennement, de même qu'à ses difficultés, à ses forces et à ses intérêts. Un intervenant rapporte qu'il n'est pas rare maintenant de constater que le fait de parler des gestes d'agression est initié par le participant lui-même plutôt que provoqué par l'insistance des intervenants. À travers les rencontres consacrées à l'établissement de l'alliance thérapeutique sont aussi abordés plusieurs thèmes liés aux autres cibles visées (p. ex. : histoire de victimisation et symptômes associés, relations avec les pairs, relations avec les parents, gestion de la colère, etc.). Les impressions cliniques des intervenants à la suite de ces ajustements sont favorables; leur apparente efficacité mériterait toutefois d'être évaluée.

## Conclusion

Les résultats présentés dans le cadre de cette thèse appuient le fait que la principale force de cette étude est, sans contredit, d'avoir eu recours à un devis de recherche comportant un groupe de comparaison. Non seulement s'agit-il d'une avancée dans ce secteur d'études, mais l'examen des résultats permet également de dire que, sans cette procédure, on aurait pu conclure hâtivement à la supériorité d'un mode d'intervention donné. Le recours à un groupe de comparaison permet de porter un jugement nuancé sur l'efficacité relative des deux traitements proposés. En effet, dans ce cas-ci, bien que les adolescents ayant participé au groupe de traitement spécialisé et structuré (groupe expérimental) se sont améliorés, les gains *significatifs* ne sont pas suffisants pour parler d'effets marqués en faveur du groupe expérimental. Par le fait même, la seconde hypothèse de recherche n'a pu être confirmée. Le traitement de groupe ne s'est pas avéré plus efficace que les services traditionnels. Pour rendre compte de ce résultat, nous avons déjà proposé trois explications possibles.

Par ailleurs, soulignons que la première hypothèse de recherche a été confirmée, à savoir que les adolescents des deux groupes (expérimental et de comparaison) se sont améliorés sur bon nombre des dimensions mesurées entre les deux temps de mesure. Le recours à plusieurs indicateurs cliniques à titre de mesure d'efficacité a permis d'avoir un aperçu des cibles d'intervention à favoriser. Ainsi, il importe de retenir que le traitement de groupe semble pertinent notamment face à certaines dimensions davantage *spécialisées*, soit celles liées à la *compréhension des gestes d'agression* et celles ayant trait aux *attitudes face à la sexualité*. Les résultats suggèrent aussi qu'il est plus difficile toutefois d'obtenir des effets probants en ce qui concerne les cibles plus « holistique » liées à la *modification de certains comportements* (p. ex. : *habiletés sociales, gestion de l'anxiété*, etc.). Il appert toutefois que les services traditionnels permettent aussi certains gains, nécessitant peut-être davantage une approche personnalisée, tels ceux liés aux relations conflictuelles avec les

parents, avec le père dans le cas présent. Les résultats mettent en lumière la nécessité de revoir, dans le cadre d'une intervention de groupe à la fois spécialisée et holistique, telle celle ici évaluée, les cibles à mettre en priorité et l'intensité à accorder à chacune et ce, à la lumière des *besoins spécifiques* des adolescents. En effet, le portrait des adolescents agresseurs présenté ici fait ressortir des constats, parfois distincts des conclusions habituellement dressées, qu'il importe de considérer davantage lors de la planification des traitements.

Parce que la modalité de groupe permet des effets intéressants, et ce chez un *grand nombre d'adolescents à la fois*, il ressort que l'intervention de groupe est une intervention à considérer. Le défi demeure cependant de chercher à développer des services davantage adaptés aux besoins spécifiques de ces jeunes, c'est-à-dire qui ne soient pas principalement inspirés des modèles offerts aux adultes agresseurs. Déjà, l'étude a permis aux intervenants de prendre du recul face aux pratiques en vigueur. Les modifications au traitement issues d'une telle façon de voir, tant sur le plan du contenu que du déroulement de l'intervention de groupe, permettraient, selon les intervenants, l'observation d'effets cliniques prometteurs.

Force est de constater que le domaine des études menées auprès des adolescents agresseurs sexuels s'est défini tant bien que mal à partir d'un côté d'études menées d'abord auprès d'adultes et plus récemment auprès d'enfants. Rappelons que le champ de connaissances entourant les adolescents agresseurs sexuels a vu le jour à partir « d'extrapolations » tirées de recherches rétrospectives dans le domaine de la psychologie ou de la criminologie auprès d'adultes agresseurs (Bourke et Donohue, 1996). Par ailleurs, au cours des dernières années, les études longitudinales menées dans les domaines du développement des enfants à risque, ou encore auprès d'enfants qui présentent des comportements sexuels problématiques ont connu un développement non négligeable. Ainsi, des chercheurs et cliniciens reconnaissent maintenant l'importance d'intervenir précocement auprès de ces enfants (Cavanagh – Johnson, 1988; Friedrich et Luecke, 1988;

Finkelhor, Hotaling. Lewis et Smith, 1990; Rasmussen, Burton et Christopherson, 1992). Même si ces deux secteurs de recherche ont contribué grandement à enrichir notre compréhension de la problématique entourant les adolescents agresseurs sexuels, les modèles théoriques explicatifs et les modèles de traitement qui découlent de ces deux types de travaux semblent caractérisés par une identité « diffuse », encore mal définie. Sachant que l'adolescence comporte en soi des enjeux développementaux qui lui sont propres, distincts de ceux des adultes et de ceux des enfants, le temps est sans doute venu de revoir les modèles de traitement proposés à la lumière des particularités et des défis liés spécifiquement à cette période d'âge.

Chercher à comprendre ce qui permettrait aux adolescents agresseurs sexuels de modifier leur trajectoire demeure manifestement une question de taille. La diversité des disciplines (psychologie, criminologie, psychoéducation, etc.) qui, à ce jour, ont contribué à éclairer ces questions témoigne assurément de la complexité attachée à cette problématique. Ainsi, il importe que les chercheurs et cliniciens oeuvrent de pair car de nombreux défis persistent toujours afin « (...) d'étendre les modèles de recherche et de formation de manière à être pleinement à la hauteur de la complexité de la relation thérapeutique et du processus de changement<sup>58</sup> » (Teyber et McClure, 2000, p. 80). En ce sens, l'étude a favorisé au cours de toutes ces années plusieurs occasions d'échanges entre les cliniciens et les chercheurs. L'intérêt des intervenants et des chercheurs, en provenance de disciplines diverses, semble s'être développé et maintenu. En effet, depuis la mise en place de cette recherche, la collecte de données s'est poursuivie sur certains des territoires concernés et s'est étendue à d'autres. Il est à espérer que, très prochainement, l'échantillon colligé deviendra de taille suffisamment élevée pour permettre de faire des analyses de données plus élaborées et, ainsi, de proposer des interventions novatrices qui soient mieux adaptées aux besoins spécifiques de cette clientèle.

---

<sup>58</sup> Traduction libre de : « (...) to extend research and training models to honor more fully the complexity of the therapeutic relationship and the change process ».

## Bibliographie

- Abel, G. G. (1995). *Abel screening system manual*. Atlanta, GA : Abel screening, Inc.
- Abel, G. G., Jordan, A., Rouleau, J. L., Emerick, R., Barboza-Whitehead, S., & Osborn, C. (2004). Use of visual reaction time to assess male adolescents who molest children. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 16(3), 255-265.
- Alexander, M. A. (1999). Sexual offender treatment efficacy revisited. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 11(2), 101-116.
- Aljazeera, L. (1993). Historical, environmental, and behavioral correlates of sexual offending by male adolescents : A critical review. *Behavioral Sciences and the Law*, 11(4), 423-440.
- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5e éd.). Washington, DC : Auteur.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment : Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1989). *Inventory of parent and peer attachment : Revised manual*. Document inédit. Seattle, WA : Université de Washington.
- Association des centres jeunesse du Québec. (2000, Mars). *Guide d'intervention lors d'allégations d'abus sexuel envers les enfants*. Montréal : Auteur.
- Association for the treatment of sexual abusers. (1997). *Ethical standards and principles for the management of sexual abusers*. Beaverton, OR : Auteur.
- Aubut, J. (1993). *Les Agressors sexuels*. Montréal : Les éditions de la Chenelière.
- Baker, A. J. L., Tabacoff, R., Tornusciolo, G., & Eisenstadt, M. (2001). Calculating number of offenses and victims of juvenile sexual offending : The role of treatment disclosures. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 79-90.
- Barrera, M. Jr., & Garrison-Jones, C. V. (1988). Properties of the Beck depression inventory as a screening instrument for adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16(3), 263-273.
- Beauchemin, M. (2004, Juillet). *Les centres jeunesse sont sévèrement critiqués*. Montréal : Le devoir.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York : Guilford.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck depression inventory – Manual*. San Antonio, TX : The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Becker, G. (1991, Juin). Alternate methods of reporting research results. *American Psychologist*, 654-655.
- Becker, J. V. (1994). Offenders : Characteristics and treatment. *The Future of Children*, 4(2), 176-197.
- Becker, J. V. (1998). What we know about the characteristics and treatment of adolescents who have committed sexual offenses. *Child Maltreatment*, 3(4), 317-329
- Becker, J. V., Kaplan, M. S., & Kavoussi, R. (1988). Measuring the effectiveness of treatment for the aggressive adolescent sexual offender. *Annals of the New-York Academy of Science*, 528, 215-222.
- Becker, L. A. (2000, Mars). *Effect Size (ES)*. [Cours accessible sur le web : PSY590 – 21/03/00]. Colorado Springs, CO : University of Colorado. Adresse URL : <http://web.uccs.edu/lbecker/Psy590/es.htm>.
- Beech, A. R., & Hamilton-Giachritsis, C. E. (2005). Relationship between therapeutic climate and treatment outcome in group based sexual offender treatment programs. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 17(2), 127-140.
- Borduin, C. M. (2004a). *Multisystemic therapy with juvenile sexual offenders : Clinical and cost effectiveness*. [Présentation power point]. Adresse : <http://www.mstconference.com/presentations/Borduin.pdf>.
- Borduin, C. M. (2004b). Multisystemic treatment : A meta-analysis of outcomes studies. *Journal of Family Psychology*, 18(3), 411-419.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(2), 105-113.
- Borduin, C. M., & Schaeffer, C. M. (2001). Multisystemic treatment of juvenile sexual offender : A progress report. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 13(3/4), 25-42.



- Bouchard, M-A., Earls, C., & Fortin, A. (1988). Plans de recherche quasi expérimentaux. Dans M. Robert (Éd.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (3<sup>e</sup> éd.) (pp. 167-189). St-Hyacinthe, QC : Edisem.
- Bourke, M. L., & Donohue, B. (1996). Assessment and treatment of juvenile sex offenders : An empirical review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 5(1), 47-70.
- Bourque, P., & Beaudette, D. (1982). Étude psychométrique du questionnaire de dépression de Beck auprès d'un échantillon d'étudiants universitaires francophones. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 14(3), 211-218.
- Brière, J. (1996). *Trauma symptom checklist for children (TSC-C) : Professional Manual*. Odessa, FL : Psychological Assessment Resources.
- Brown, E. J., & Kolko, D. J. (1998). Treatment efficacy and program evaluation with juvenile sexual abusers : A critique with directions for service delivery and research. *Child Maltreatment*, 3 (4), 362-373.
- Butler, S. M., & Seto, M. C. (2002, Janvier). Distinguishing two types of adolescent sex offenders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(1), 83-90.
- Caldwell, M. F. (2002). What we do not know about juvenile sexual reoffense risk. *Child Maltreatment*, 7(4), 291-302.
- Campbell, L., Lussier, J., Vaughan-Jones, G., McCannell, K., & Kunczewicz, R. (1992). *The Marymound model : A sequential approach to the treatment of male adolescent sexual offenders and sexual abuse victims*. Winnipeg : Popular Printers, Ltd.
- Cavanagh Johnson, T. (1988) Child perpetrators : Children who molest other children – preliminary findings. *Child Abuse and Neglect*, 12, 219-229.
- Cavell, T. A., Carson Jones, D., Runyan, R. D., Constantin-Page, L. P., & Velasquez, J. M. (1993). Perceptions of attachment and the adjustment of adolescents with alcoholic fathers. *Journal of Family Psychology*, 7(2), 204-212.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille. (1997). *Les adolescents coupables d'infraction sexuelle* (éd. rév.). Agence de santé publique. Ottawa : Gouvernement du Canada. (H72-22/3-1997F). Adresse URL : <http://www.phac-aspc.gc/nc-cn/>.
- Chaffin, M., & Bonner, B. (1998). Don't shoot, we're your children. Have we gone too far in our response to adolescent sexual abusers and children with sexual behavior problems? *Child Maltreatment*, 3(4), 314-316.

- Chaffin, M., Letourneau, E., Silovsky, J. F. (2002). Adults, adolescents, and children who sexually abuse children : A developmental perspective. Dans E. B John, L. Myers, J. Berliner, C. T. Briere, C. J. Hendrix, & T. A. Reid (Éds), *The APSAC Handbook on Child Maltreatment*, (2e éd.) (pp. 205-232). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Cooper, C. L., Murphy, W. D., & Haynes, M. R. (1996). Characteristics of abused and nonabused adolescent sexual offenders. *Sexual abuse : A Journal of Research and Treatment*, 8 (2), 105-119.
- Cosway, R., Endler, N. S., Sandler A. J., & Deary, I. J. (2000). The coping inventory for stressful situations : Factorial structure and associations with personality traits and psychological health. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 5(2), 121-143
- Craig, L. A, Browne, K. D., & Stringer, I. (2003). Risk scales and factors predictive of sexual offence recidivism. *Trauma, Violence & Abuse*, 4(1), 45-69.
- Debelle, G. D., Ward, M. R., Burnham, J. B., Jamieson, R., & Ginty, M. (1993). Evaluation of intervention programs for juvenile sex offenders : Questions and dilemmas. *Child Abuse Review*, 2, 75-87.
- Defelice, A. F. (1996). *Contributing factors to the development of adolescent sex offending*. Thèse de doctorat inédite, Université de Caroline du Sud, UMI dissertation Services.
- Derezotes, D. (2000). Evaluation of yoga and meditation trainings with adolescent sex offenders. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 17(2), 97-113.
- Drapeau, M. (2005). Research on the processes involved in treating sexual offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 17(2), 117-125.
- Earl, M. A., & McNamara, J. R. (1997). Treatment of juvenile sex offenders : A review of the literature. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14(3), 199-221.
- Eastman, B. J. (2004). Assessing the efficacy of treatment for adolescent sex offenders : A cross-over longitudinal study. *The Prison Journal*, 84(4), 472-485.
- Efta-Breitbach, J., & Freeman, K. A. (2004). Recidivism and resilience in juvenile sexual offenders : An analysis of the literature. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 257-279.
- Endler, N. S., & Parker, J. D. A. (1990). *CISS : Coping inventory for stressful situations – Manual*. Toronto : Multi-Health Systems.

- Etienne, L. (2003). *Comparaison du profil psychosocial d'adolescents agresseurs sexuels ayant subi ou non une agression sexuelle pendant l'enfance*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec en Outaouais.
- Epps, K. J. (1999). Causal explanations : Filling the theoretical reservoir. Dans M. C. Calder (Éds), *Working with young people who sexually abuse : New pieces of the jigsaw puzzle* (pp. 7-26). Lyne Regis, Dorset : Russell House Publishing.
- Federal Bureau of Investigation (2002 et 2003). *Crime in the United States – 2002 et 2003*. Adresse URL : <http://www.fbi.gov/ucr/03cius.htm>.
- Finkelhor, D. (1984). *Child sexual abuse : New theory and research*. New York : Free Press.
- Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women : Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14, 19-28.
- Forget, J. (1977). *Validité prédictive de l'inventaire de Jesness et profil de personnalité de l'adolescent de la Cour de Bien-Être Social*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Forsyth, D. R., & Corazzini, J. G. (2000). Group as change agent. Dans C. R. Snyder, & R. E. Ingram (Éds), *Handbook of psychological change : Psychotherapy processes and practices for the 21<sup>st</sup> century* (pp. 309-336). New-York : John Wiley & Sons.
- Friedrich, W. N., Gerber, P. N., Koplin, B., Davis, M., Giese, J., Mykelbust, C., & Franckowiak, D. (2001). Multimodal assessment of dissociation in adolescent : Inpatients and juvenile sex offenders. *Sexual abuse : A Journal of Research and Treatment*, 13(3), 167-177.
- Friedrich, W., & Luecke, W. (1988). Young school-age sexually aggressive children. *Professional Psychology : Research and Practice*, 19, 155-164.
- Fullard, W., Johnston, D. A., & Lief, H. I. (1998). The sexual knowledge and attitude test for adolescents. Dans C. M. Davis, & al. (Éds), *Handbook of sexuality-related measure* (pp. 33-35). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Furby, L., Weinrott, M. R., & Blackshaw, L. (1989). Sex offender recidivism : A review. *Psychological Bulletin*, 105(1), 3-30.
- Graves, R. B., Openshaw, D. K., & Adams, G. R. (1992). Adolescent sex offenders and social skills training. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 36(2), 139-153.

- Graves, R. B., Openshaw, D. K., Ascione, F. R., & Erickson, S. L. (1996). Demographic and parental characteristics of youthful sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 40(4), 300-317.
- Gray, A. S., & Pithers, W. D. (1993). Relapse prevention with sexually aggressive adolescents and children : Expanding treatment and supervision. Dans H. E. Barbaree, W. L. Marshall, & S. M. Hudson (Éds), *The Juvenile Sex Offender* (pp. 289-319). New-York : Guilford Press.
- Guili, C. A., & Hudson, W. W. (1977). Assessing parent-child relationship disorders in clinical practice : The child point of view. *Journal of Social Service Research*, 1(1), 77-92.
- Haaga, D. A. F., & Stiles, W. B. (2000). Randomized clinical trials in psychotherapy research : Methodology, design, and evaluation. Dans C. R. Snyder, & R. E. Ingram (Éds), *Handbook of psychological change : Psychotherapy processes and practices for the 21<sup>st</sup> century* (pp. 14-39). New-York : John Wiley & Sons.
- Hains, A. A., Herrman, L. P., Baker, K. L., & Graber, S. (1986). The development of a psycho-educational group program for adolescent sex offenders. *Journal of Offender Counseling, Services and Rehabilitation*, 11(1), 63-76.
- Hall, G. C. N. (1995). Sexual offender recidivism revisited : A meta-analysis of recent treatment studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 802-809.
- Hanson, R. K. (1997). How to know what works with sexual offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9(2), 129-145.
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., & Seto, M.C. (2002). First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Treatment and Research*, 14(2), 169-194.
- Harter, S. (1987). Causes, correlates and the functional role of global self-worth : A life-span perspective. Dans J. Kolligian, & R. Stenberg (Éds), *Perceptions of competence and incompetence across the life-span*. New-Haven, CT : Yale University Press.
- Harter, S. (1988). *Manual for the self-perception profile for adolescents*. Denver, CO : University of Denver.
- Hunter, J. A., Figueredo A. J., Malamuth, N. M., & Becker, J. V. (2003, Janvier). Juvenile sex offenders : Toward the development of a typology. *Sexual Abuse*, 15(1), 27-48.

- Hunter, J. A., & Goodwin, D. W. (1992). The clinical utility of satiation therapy with juvenile sexual offenders : Variations and efficacy. *Annals of Sex Research*, 5(2), 71-80.
- Hunter, J. A., & Santos, D. R. (1990). The use of specialized cognitive-behavioral therapies in the treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 34(3), 239-247.
- Ingram, R. E., Hayes, A., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatments : A critical analysis. Dans C. R. Snyder, & R. E. Ingram (Éds), *Handbook of psychological change : Psychotherapy processes and practices for the 21<sup>st</sup> century* (pp. 40-60). New-York : John Wiley & Sons.
- Jennings, J. L., & Sawyer, S. (2003). Principles and techniques for maximizing the effectiveness of group therapy with sex offenders. *Sexual Abuse : A journal of Research and Treatment*, 15(4), 251-267.
- Jesness, C. F. (1966). *The Jesness Inventory : Manual*. Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.
- Jesness, C. F. (1996). *The Jesness Inventory : Manual*. North Tonawanda, NY : Consulting Psychologists Press.
- Jouvin, É., Cyr, M., Thériault, C., & Wright, J. (2001). Étude des qualités psychométriques de la traduction française du Trauma Symptom Checklist for Children (TSC-C). Document inédit. Montréal : Université de Montréal.
- Kahn, T. J. (1990). *Pathways : A guided workbook for youth beginning treatment*. Orwell, VT : Safer Society Press.
- Kahn, T. J. (1999). *Roadmaps to recovery : A guided workbook for young people in treatment*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Kaplan, M. S., Becker, J. V., & Tenke, C. E. (1991). Assessment of sexual knowledge and attitudes in an adolescent sex offender population. *Journal of Sex Education and Therapy*, 17(3), 217-225.
- Kaplan, M. S., Morales, M., & Becker, J. V. (1993). The impact of verbal satiation on adolescent sex offenders : A preliminary report. *Journal of Child Sexual Abuse*, 2(3), 81-88.
- Katz, R. C. (1990). Psychological adjustment in adolescents child molesters. *Child Abuse and Neglect*, 14, 567-575.

- Kirby, D. (1990, Décembre). *Sexuality questions and scales for adolescents*. Santa Cruz, CA : Auteur.
- Kirby, D. (1998). Mathtech questionnaires : Sexuality questionnaires for adolescents. Dans C. M. Davis, & al. (Éds), *Handbook of sexuality-related measures* (pp. 35-47). Thousand Oaks, CA : SAGE Publications.
- Kramer S. H., & Rosenthal, R. (1999). Effect sizes and significance levels in small-sample research. Dans R. H. Hoyle (Éds), *Statistical strategies for small sample research* (pp. 59-79). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Laforest, S., & Paradis, R. (1990). Adolescents et délinquance sexuelle. *Criminologie*, 1, 95-116.
- Lafortune, D. (1996). *Antécédents et caractéristiques psychologiques des adolescents ayant commis un abus sexuel*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Lafortune, D., Proulx, J., Tourigny, M., & Metz, K. (2004). Recension des études empiriques québécoises s'intéressant aux adolescents auteurs d'agression sexuelle. *Revue de psychoéducation*, 33(2), 449-472.
- Lagueux, F. & Tourigny, M. (1999, Février). *État des connaissances au sujet des adolescents agresseurs sexuels. Les agressions sexuelles : STOP*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Québec : Gouvernement du Québec.
- Lagueux, F., Wright, J., & Tourigny, M. (1999, Octobre). *Mise sur pied d'un protocole d'évaluation dans le cadre de l'étude : « Évaluation d'un programme de traitement pour adolescents agresseurs sexuels »*. [Version destinée aux responsables de la recherche]. Document inédit, Université de Montréal.
- Centres jeunesse de Lanaudière, Parents-Unis Repentigny-Lanaudière, Centres jeunesse Mauricie Centre-du-Québec, & Université de Montréal. (1999). *Guide de pratiques : Programme d'intervention auprès des adolescents agresseurs sexuels (AAS) – Version Intervention de groupe (parties I et II)*. Collectif dirigé par F. Lagueux. Document inédit, Université de Montréal : PRIMASE
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy : Are outcomes enhanced? *Psychotherapy research*, 11(1), 49-68.
- Lane, S. (1997). The sexual abuse cycle. Dans G. Ryan, & S. Lane (Éds), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and correction* (pp. 77-121). San Francisco : Jossey Bass.

- Lebeau, T. (1993). *Sentiers : Un cahier de travaux pratiques pour les jeunes en traitement*. [Traduction française de Pathways de T.J. Kahn]. Repentigny : Parents-Unis Repentigny.
- Lebeau, T., & Lemay, J. (1999). Traduction du UCLA Loneliness scale III - de Russell en 1996. Dans F. Lagueux, J. Wright et M. Tourigny. *Mise sur pied d'un protocole d'évaluation dans le cadre de l'étude : Évaluation d'un programme de traitement pour adolescents agresseurs sexuels*. Document inédit. Université de Montréal.
- LeBlanc, M., McDuff, P., & Fréchette, M. (1994). *MASPAQ : Manuel sur des mesures de l'adaptation sociale et personnelle pour les adolescents québécois*. Montréal : Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant, Université de Montréal.
- Lief, H. I., Fullard, W., & Devlin, S. J. (1990). A new measure of adolescent sexuality : SKAT-A. *A journal of Sex Education and Therapy*, 16, 79-91.
- Longo, R. E. (2004). An integrated experiential approach to treating young people who sexually abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 193-213.
- Madrigano, G. D. (1999). *Vers la validation d'un protocole d'évaluation pour les adolescents ayant commis des crimes sexuels : Entrevue et questionnaires*. Thèse de doctorat inédite, Université de Montréal.
- Madrigano, G. D., Rouleau, J. L., & Robinson, M.-C. (1997). Caractéristiques sociodémographiques et cliniques d'une population d'adolescents ayant commis des crimes sexuels. *Revue québécoise de psychologie*, 18(3), 91-110.
- Mann, R. E., Webster, S. D., Schofield, C., & Marshall, W. L. (2004). Approach versus avoidance goals in relapse prevention with sexual offenders. *Sexual Abuse : A journal of Research and Treatment*, 16(1), 65-75.
- Marier, B. (2004, Juillet). *Les jeunes en centres jeunesse prennent la parole! – Rapport de recherche*. Conseil permanent de la recherche. Québec : Gouvernement du Québec.
- Marier, B., & Robert, A-M. (2004, Juillet). *Les jeunes en centres jeunesse prennent la parole! – Avis*. Conseil permanent de la recherche. Québec : Gouvernement du Québec.
- Marshall, W. L. (2005). Therapist style in sexual offender treatment : Influence on indices of change. *Sexual Abuse : A journal of Research and Treatment*, 17(2), 109-116.
- Marshall, W. L., & Serran, G. A. (2000). Improving the effectiveness of sexual offender treatment. *Trauma, Violence and Abuse*, 1(3), 203-222.

- Matson, J.L. (1994). *Matson evaluation of social skills with youngsters : Manual* (2<sup>e</sup> éd.). Worthington, OH : IDS Publishing.
- Matson, J. L., Esveltd-Dawson, K., & Kazdin, A. E. (1983). Validation of methods for assessing social skills in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 174-180.
- Matson, J. L., Rotatoni, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children : The Matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy*, 21, 335-340.
- McKibben, A., & Jacob, M. (1993). Les adolescents. Dans J. Aubut. (Éds), *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement* (pp. 267-279). Montréal : Les éditions de la Chenelière.
- Miner, M. H. (1997). How can we conduct treatment outcome research. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 9(2), 95-110.
- Miner, M. H. & Coleman, E. (2001). Advances in sex offender treatment and challenges for the future. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 13(3/4), 5-24.
- Miner, M. H., Siekert, G. P., & Ackland, M. (1997). *Evaluation : Juvenile sex offender treatment program, Minnesota correctional facility – Sauk Centre*. Twincities, MN : University of Minnesota.
- Moore, T., Franey, K. C., & Geffner, R. (2004). Introduction – assessment and treatment of youth who sexually offend : An overview. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 1-13.
- Murphy, W. D., & Page, I. J. (2000). Relapse prevention with adolescent sex offender. Dans D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward. (Éds), *Remaking relapse prevention with sex offender : A sourcebook* (pp. 353-368). Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- Nahum, D., & Mandel Brewer, M. (2004). Multi-family group therapy for sexually abusive youth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 215-243.
- National Adolescent Perpetrator Network. (1988). Preliminary report from the National task force on juvenile sexual offending. *Juvenile and Family Court Journal*, 38(2), 1-67.
- National Adolescent Perpetrator Network. (1993). The revised report from the National task force on juvenile sexual offending. *Juvenile and Family Court Journal*, 44(4), 1-121.



- Newton, R. R., & Rudestam, K. E. (1999). *Your statistical consultant : Answers to your data analysis questions*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications.
- O'Brien, M. (1991). Taking sibling incest seriously. Dans M. Q. Patton (Éd.), *Family sexual abuse* (pp. 75-92). Newbury Park, CA : Sage.
- O'Brien, M. & Bera, W. H. (1986). Adolescent sexual offender : A descriptive typology. *Preventing Sexual Abuse : A Newsletter of the National Family Life Education Network*, 1, 2-4.
- Pagé, C. (2004, Octobre). *Le profil d'un groupe d'adolescents agresseurs sexuels comparé à celui d'un groupe d'adolescents n'ayant commis aucune agression sexuelle*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec.
- Perron, A., Lagueux, F., & Wright, J. (1999). *Questionnaire de compréhension des gestes – QCG*. Document inédit, Université de Montréal.
- Pithers, W. D. (1990). Relapse prevention with sexual aggressor : A method for maintaining therapeutic gain and enhancing external supervision. Dans W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. E. Barbaree (Éds.), *Handbook of sexual assault : Issues, theories and treatment of the offender* (pp. 343-361). New York, NY : Plenum Press.
- Pithers, W. D., Kashima, K. M., Cumming, G. F., Beal, L. S., & Buell, M. M. (1988). Relapse prevention of sexual aggression. Dans R. A. Prentky et V. L. Quinsey (Éds.), *Human sexual aggression : Current perspective* (pp. 244-260). New-York : Annals of the New York Academy of Sciences.
- Polizzi, D. M., MacKenzie, D. L, & Hickman, L. J. (1999). What works in adult sex offender treatment? A review of prison and non-prison based treatment programs. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 43(3), 357-374.
- Prentky, R., & Edmunds, S. B. (1997). *Assessing sexual abuse : A resource guide for practitioners*. Brandon, VT : Safer Society Press.
- Prentky, R., Harris, B., Frizzell, K. & Righthand, S. (2000). An actuarial procedure for assessing risk with juvenile sex offenders. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 12(2), 71-93.
- Prescott, D. S. (2004). Emerging strategies for risk assessment of sexually abusive youth : Theory, controversy, and practice. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 83-105.

- Proulx, J. (1993). La modification des préférences sexuelles. Dans J. Aubut. (Éds), *Les agresseurs sexuels : théorie, évaluation et traitement* (pp. 134-145). Montréal : Les éditions de la Chenelière.
- Rasmussen, L. A. (1999). The trauma outcome process : An integrated model for guiding clinical practice with children with sexually abusive behavior problems. *Journal of Child Sexual Abuse*, 8(4), 3-33.
- Rasmussen, L. A. (2001). Integrating cognitive-behavioral and expressive therapy interventions : Applying the trauma outcome process in treating children with sexually abusive behavior problems. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(4), 1-29.
- Rasmussen, L. A. (2004). Differentiating youth who sexually abuse : Applying a multidimensional framework when assessing and treating subtypes. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 57-82.
- Rasmussen, L. A., Burton, J., & Christopherson, B. J. (1992). Precursors to offending and the trauma outcome process in sexually reactive children. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1(1), 33-48.
- Richard-Bessette, S. (1996). Les habiletés hétérosociales des adolescents agresseurs sexuels : Une recension des écrits. *Revue Sexologique*, 4(1), 55-76.
- Righthand, S., Prentky, R., Knight, R., Carpenter, E., Hecker, J. E., & Nangle, D. (2005). Factor structure and validation of the Juvenile sex offender assessment protocol (J-SOAP). *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 17, 13-30.
- Righthand, S. & Welch, C. (2001, Mars). Juveniles who have sexually offended : A review of the professional literature. *Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention*.
- Righthand, S., & Welch, C. (2004). Characteristics of youth who sexually offend. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 15-32.
- Robinson, M-C., Rouleau, J-L., Madrigano, G. D. (1997). Validation de la pléthysmographie pénienne comme mesure psychophysiologique des intérêts sexuels des agresseurs adolescents. *Revue québécoise de psychologie*, 18(3), 111-124.
- Rossi, P.H., & Freeman, H.E. (1993). Evaluation : A systematic approach. Newbury Park, CA : Sage.
- Roth, A. & Fonagy, P. (Éds.) (2005). Research and practice : Methodological considerations and their influence on this review. Dans *What works for whom : Implications and limitations of the research literature* (2e éd.) (pp. 16-42). New York : Guilford Press.

- Russell, D. (1996). UCLA loneliness scale (version 3) : Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality*, 66, 20-40.
- Ryan, G. (1999). Treatment of sexually abusive youth : The evolving consensus. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(4), 422-436.
- Ryan, G., & Lane, S. (Éds.) (1997). *Juvenile sexual offending : Causes, consequences and corrections* (2e éd.). San Francisco, CA : Jossey Bass Publishers.
- Ryan, G., Lane, S., Davis, J., & Isaac, C. (1987). Juvenile sex offenders : Development and correction. *Child Abuse and Neglect*, 11, 385-395.
- Shapiro, J. P., Welker, C. J., & Pierce, J. L. (2001). An evaluation of residential treatment for sexually aggressive youth. *Journal of Child Sexual Abuse*, 10(1), 1-21.
- Sheridan, A., & McGrath, K. (1999). Adolescent sex offenders : Characteristics and treatment effectiveness in the republic of Ireland. Dans M. C. Calder. (Éd), *Working with young people who sexually abuse : New pieces of the jigsaw puzzle* (pp. 295-309). Dorset : Russell House Publishing Limited..
- Sheridan, A., McKeown, K., Cherry, J., Donohoe, E., McGrath, K., O'Reilly, K., Phelan, S., & Tallon, M. (1998). Perspectives on treatment outcome in adolescent sexual offending : A study of a community-based treatment program. *The Irish Journal of Psychology*, 19(1), 168-180.
- Snyder, H. N. (2000, Juillet). *Sexual assault of young children as reported to law enforcement : Victim, incident, and offender characteristics*. Washington, DC : National Center for Juvenile Justice.
- Spence, S. H., & Liddle, B. (1990). Self-report measures of social competence for children : An evaluation of the Matson evaluation of social skills for youngsters and the list of situation problems. *Behavior Assessment*, 12, 317-336.
- Strober, M., Green, J., & Carlson, G. (1981). Utility of the Beck depression inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(3), 482-483.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics*. New York : Harper Collins. (Ouvrage original publié en 1996).
- Teyber, E., & McClure, F. (2000). Therapist variables. Dans C. R. Snyder, & R. E. Ingram (Éds), *Handbook of psychological change : Psychotherapy processes and practices for the 21<sup>st</sup> century* (pp. 62-87). New-York : John Wiley & Sons.

- Thomas, J. (1997). The family in treatment. Dans G. Ryan, & S. Lane (Éds), *Juvenile sexual offending : Causes, consequences, and corrections* (pp. 360-403). San Francisco : Jossey Bass.
- Toupin, J., Déry, M., & Pauzé, R. (1993). Traduction du Child's attitude toward the mother – CAM – et du Child's attitude toward the father – CAF- de Guili et Hudson en 1977. Dans F. Lagueux, J. Wright & M. Tourigny. *Mise sur pied d'un protocole d'évaluation dans le cadre de l'étude : Évaluation d'un programme de traitement pour adolescents agresseurs sexuels*. Document inédit. Université de Montréal.
- Tourigny, M., & Dagenais, C. (1998). Introduction à la recherche évaluative. La recherche au service des intervenants et des gestionnaires. Dans S. Bouchard & C. Cyr (Éds), *Recherche psychosociale. Pour harmoniser recherche et pratique* (pp. 389-435). Québec : P.U.Q.
- Tourigny, M., & Dufour, M. (2000, Avril). *La consommation de drogues ou d'alcool en tant que facteur de risque des agressions sexuelles envers les enfants : Une recension des écrits*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Tourigny, M., Péladeau, N., & Bouchard, C. (1993). Abus sexuel et dévoilement chez les jeunes Québécois. *Revue Sexologique*, 1(2), 13-34.
- Tourigny, M., Péladeau, N., Doyon, M., & Bouchard, C. (1998). Efficacité d'un programme de traitement pour enfants abusés sexuellement. *Child Abuse and Neglect*, 22(1), 25-43.
- Trochim, W.M. (2006). *The research methods knowledge base, second edition*. Page internet WWW, à URL: <http://trochim.human.cornell.edu/kb/index.htm>. (version de août 2006).
- Twentyman, C., Boland, T., & McFall, R. M. (1981). Heterosocial avoidance in college males. *Behavior Modification*, 5, 523-552.
- Twentyman, C., & McFall, M. (1975). Behavioral training of social skills in shy males. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 384-395.
- Tyler, K. A. (2002). Social and emotional outcomes of childhood sexual abuse : A review of recent research. *Agression and Violent Behavior*, 7, 567-589.
- Veneziano, C., & Veneziano, L. (2002). Adolescent sex offenders : A Review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 3, 247-260.

- Violence Institute of New Jersey. (2002). *Searchable inventory of instruments assessing violent behavior and related constructs in children and adolescents. Jesness inventory*. Adresse URL : <http://vinst.umdnj.edu/VAID/TestReport.asp?Code=JI>.
- Vizard, E., Monk, E., & Misch, P. (1995). Child and adolescent sex abuse perpetrators : A review of the research literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36(5), 731-756.
- Walker, D. F., McGovern, S. K., Poey, E. L., & Otis, K. E. (2004). Treatment effectiveness for male adolescent sexual offenders : A meta-analysis and review. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 281-293.
- Walker, C. E., & McCormick, D. (2004). Current practices in residential treatment for adolescents sex offenders : A survey. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 245-255.
- Weinrott, M. R. (1996). *Juvenile sexual aggression : A critical review*. Boulder, CO : University of Colorado.
- Weinrott, M. R., Riggan, M., & Frothingham, S. (1997). Reducing deviant arousal in juvenile sex offenders using vicarious sensitization. *Journal of Interpersonal Violence*, 12(5), 704-728.
- Woods, J. (1997). Braking the cycle of abuse and abusing : Individual psychotherapy for juvenile sex offenders. *Clinic Child Psychology and Psychiatry*, 2(3), 379-392.
- Worling, J. R. (1995). Adolescent sibling-incest offenders : Differences in family and individual functioning when compared to adolescent nonsibling sex offenders. *Child Abuse and Neglect*, 19(5), 633-643.
- Worling, J. R. (2001). Personality-based typology of adolescent male sexual offenders : Differences in recidivism rates, victim-selection characteristics, and personal victimization histories. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 13, 149-166.
- Worling, J. R. (2004). The estimate of risk of adolescent sexual offense recidivism (ERASOR) : Preliminary psychometric data. *Sexual Abuse : A Journal of Research and Treatment*, 16(3), 235-253.
- Worling, J. R. & Langstrom, N. (2003). Assessment of criminal recidivism risk with adolescents who have offended sexually : A review. *Trauma Violence Abuse*, 4(4), 341-62.

- Wright, J., & Sabourin, S. (1996). Traduction du Trauma symptom checklist for children – TSCC - de Brière. Dans F. Lagueux, J. Wright et M. Tourigny. *Mise sur pied d'un protocole d'évaluation dans le cadre de l'étude : Évaluation d'un programme de traitement pour adolescents agresseurs sexuels*. Document inédit. Université de Montréal.
- Zankman, S., & Bonomo, J. (2004). Working with parents to reduce juvenile sex offender recidivism. *Journal of Child Sexual Abuse*, 13(3/4), 139-156.

Annexe 1 –  
Formulaire de consentement

## **Formulaire de consentement à une évaluation**

### **Version destinée à l'adolescent**

#### **Titre du projet et noms des chercheurs**

Jusqu'à présent, tu as sans doute rencontré différents intervenants (ex: intervenants en LPJ, en LJC, de Parents-Unis Repentigny (Lanaudière), psychologues, travailleurs sociaux, etc.) pour tenter de bien définir le ou les problème(s) que tu as développé(s) et cerner tes besoins particuliers.

*Nous te proposons une évaluation complémentaire permettant cette fois d'évaluer de façon spécifique différents aspects liés à ton problème sexuel. Ainsi, nous sollicitons ta collaboration à une étude portant sur l'«Évaluation de l'efficacité d'un programme de traitement pour adolescents agresseurs sexuels». Cette étude, visant le développement des meilleures interventions possible, est dirigée par: John Wright, Ph. D., de l'Université de Montréal; Marc Tourigny, Ph.D., de l'Université du Québec à Hull; Joanne Rouleau, Ph.D., de l'Université de Montréal; Thomas Lebeau, M.S.W. et Jacques Lemay, M.PS, des Centres jeunesse de Lanaudière; Alain Perron, M.Ps. et Jean-Pierre Paradis, TS., des Centres jeunesse Mauricie Centre-du-Québec. Parents-Unis Repentigny (Lanaudière) – PURL – participe aussi à cette recherche, en collaboration avec les Centres jeunesse de Lanaudière. Les Centres jeunesse de la Montérégie participent également à ce projet.*

#### **Procédures de l'étude**

Cette étude se déroule comme suit :

*1. Dans un premier temps, un(e) assistant(e) de recherche qualifié(e) procédera à une évaluation (d'une durée approximative de 6 heures) de l'AAS et de ses parents. Les chercheurs remettront à l'intervenant (de l'un des 3 centres jeunesse participant et/ou de PURL) un rapport contenant les résultats de cette évaluation qui prendra 3 formes distinctes:*

*a) Entrevue clinique: Nous recueillerons principalement de l'information au sujet de l'histoire personnelle, familiale et sexuelle de l'adolescent. Cette entrevue peut être faite par un intervenant de l'un des 3 centres jeunesse impliqués, par un intervenant de PURL ou, au besoin, par un(e) stagiaire/assistant(e) de recherche supervisé(e) et qualifié(e).*

*b) Système de dépistage des intérêts sexuels (Abel Screening System): Il s'agit d'une mesure des intérêts sexuels qui comporte d'abord un questionnaire papier-crayon au sujet des attitudes et expériences sexuelles. Cette mesure comporte aussi une série de diapositives, illustrant des sujets de sexes féminin et masculin et de différents âges, que l'adolescent doit évaluer selon son*



attirance sexuelle. Cette mesure sera administrée par un(e) assistant(e) de recherche qualifié(e).

c) Questionnaires: L'adolescent complète d'autres questionnaires papier-crayon qui mesurent diverses dimensions de sa personnalité ainsi que les objectifs qu'il souhaite accomplir dans le cadre de l'intervention. Ces mesures peuvent être administrées par un intervenant de l'un des 3 centres jeunesse impliqués, par un intervenant de PURL ou, au besoin, par un(e) stagiaire/assistant(e) de recherche supervisé(e) et qualifié(e).

2. Dans un second temps (près de 9 mois à la suite de la première évaluation), il y a une seconde évaluation de l'AAS et de ses parents faite selon les mêmes procédures que la précédente, en y ajoutant un questionnaire de satisfaction face à l'intervention reçue.

Ayant complété l'ensemble de la seconde évaluation (questionnaires + instrument d'Abel), l'adolescent recevra, en guise de dédommagement, un coupon d'une valeur de quinze dollars échangeable chez un disquaire.

Finalement, 12 et 24 mois à la suite de cette seconde évaluation, nous prendrons contact avec l'adolescent et ses parents par téléphone pour tenter d'explorer l'évolution du comportement de l'adolescent.

### **Inconvénients et risques**

Il est possible que lors de l'évaluation et du traitement tu ressenties des difficultés psychologiques (anxiété, colère, sentiments de "down", etc.). Si cela arrivait, nous te demandons d'en parler avec ton intervenant, \_\_\_\_\_ au ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_.

Aussi, nous devons t'informer de l'obligation qui est faite par la Loi de la protection de la jeunesse au personnel de recherche et aux intervenants de signaler toute situation qu'ils estiment être un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un enfant est ou peut être considéré comme compromis au sens de cette loi.

### **Confidentialité**

Les renseignements obtenus sur toi dans le cadre de cette étude seront traités de façon confidentielle en t'assignant un numéro de code afin de ne permettre à personne en dehors de l'équipe de traitement de t'identifier. À noter que les informations recueillies au Système de dépistage des intérêts sexuels de Abel seront incluses dans une banque de données internationale du Abel Screening System où l'anonymat sera aussi préservé.

### **Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude**

Ta participation à cette étude est volontaire. Tu es donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer, sans que ton refus nuise aux relations avec ton intervenant et tu pourras poursuivre ton programme de traitement. Si tu refuses de participer à la recherche, les résultats aux différents tests ne seront pas comptabilisés dans la recherche.

### **Personnes-ressources**

Si tu désires de plus amples renseignements au sujet de cette étude, tu peux communiquer avec le responsable de la recherche de ton centre jeunesse, \_\_\_\_\_ au (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, ou avec le responsable de la recherche de PURL, \_\_\_\_\_ au (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_. Si tu désires te retirer de cette étude ou si tu éprouves des difficultés, nous t'invitons à en discuter avec ton intervenant, \_\_\_\_\_.

### **Formule d'adhésion à l'étude et signatures**

*J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes mes questions au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction. Je sais que je suis libre d'y participer et que je demeure libre de me retirer de cette étude en tout temps, par avis verbal, sans que cela n'affecte la qualité de mes rapports avec mon intervenant. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.*

*Je, soussigné, accepte de participer à cette étude.*

_____	_____	_____
Nom du sujet	Signature	Date
_____	_____	_____
Nom du représentant légal, s'il y a lieu	Signature	Date
_____	_____	_____
Nom du témoin	Signature	Date

*Formule d'engagement du chercheur et signature*

*Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard; c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet de recherche; et d) que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.*

_____	_____	_____
Nom du chercheur ou du représentant autorisé des CJ ou de PURL.	Signature	Date

Annexe 2 –  
Chapitres du manuel de traitement de groupe TIAAS

## Partie I : Comprendre le processus de l'abus sexuel et plan de prévention de la récurrence

### Chapitre 1

*Accueil*

### Chapitre 2

*Comprendre les aspects légaux*

### Chapitre 3

*Décrire les faits et reconnaître sa responsabilité*

### Chapitre 4

*Se sensibiliser aux réactions des victimes*

### Chapitre 5

*Comprendre le processus de l'agression sexuelle*

### Chapitre 6

*Comprendre MON processus de l'agression sexuelle : comment et pourquoi j'ai commis un abus sexuel*

### Chapitre 7

*Faire mon plan de prévention de la rechute*

## Partie II : Modifier les comportements

### Chapitre 8

*Apprendre à contrôler ma sexualité*

### Chapitre 9

*Apprendre à corriger mes erreurs de pensée*

### Chapitre 10

*Apprendre à développer de l'empathie*

### Chapitre 11

*Apprendre à développer certaines habiletés sociales (stress, colère, conflit)*

### Chapitre 12

*Apprendre à choisir ses amis*

### Chapitre 13

*Apprendre à faire des rencontres*

### Chapitre 14

*Améliorer mes connaissances et mes attitudes en matière de sexualité*

### Chapitre 15

*Clôture*

Annexe 3 –  
Fiche de suivi (groupe expérimental)

## *Fiche de suivi : Projet AAS*

Nom du jeune: \_\_\_\_\_

# dossier \_\_\_\_\_

Date de la rencontre: \_\_\_\_\_

Présence – Encerclez le chiffre correspondant:

- 1- Absent après avoir avisé
- 2- Absent sans avoir avisé
- 3- N'a pas avisé, mais l'intervenant est au courant du motif de l'absence
- 4- Présent

Motifs de l'absence:

---



---



---

Durée de la rencontre: \_\_\_\_\_

Type de rencontre:

Groupe ados	Groupe parents	Dyades (ado+ parents)	Individuel	Autres

Si "rencontre dyades", étaient présents: \_\_\_\_\_

Objectifs et dimensions travaillés (Gr . ados – gr parents – dyades – indiv.):

Objectifs particuliers travaillés (pour toutes modalités d'interv.)	oui	non
Développement de l'alliance et du climat de confiance		
Présentation (ou développement) des buts et objectifs de thérapie		
Présentation du cadre de la thérapie (ex: principes et règles du fonctionnement en groupe)		
Comprendre les aspects légaux (gestes, âge de consentement, etc.)		
Reconnaître et décrire les faits		
Reconnaître sa responsabilité		
Sensibiliser aux sentiments et réactions des victimes		
Travailler à l'intégration du processus de l'abus sexuel		
Réduire l'excitation déviante		
Contrôler le stress		
Gérer les émotions (colère, honte, tristesse, etc.)		
Développer l'empathie à l'endroit des victimes		
Développer des habiletés de communication des sentiments		
Modifier connaissances et attitudes/ sexualité		
Gérer les conflits		
Se faire des amis		
Développer des relations avec les filles		
Travailler sur les erreurs de pensée/distorsions cognitives		

Objectifs particuliers travaillés (suite)	oui	non





Annexe 4 –  
Fiche-synthèse (groupe expérimental et de comparaison)

### Fiche suivi – Projet AAS – Groupe expérimental

Nom de l'AAS : \_\_\_\_\_ # Id : \_\_\_\_\_

Date du suivi de groupe : \_\_\_\_\_ cohorte # \_\_\_\_\_

Noms des intervenants de groupe : \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_

*Bonjour ! Nous vous demandons de compléter ce court questionnaire. Celui-ci concerne l'implication du jeune adolescent agresseur sexuel (référé à l'équipe PÉTAS) en ce qui a trait au suivi individuel et familial. Ces quelques informations sont essentielles à la poursuite de notre recherche. Merci*

Nom de l'intervenant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Statut : ☒ Délégué

☐ Intervenant individuel

☐ Intervenant de groupe

☐ Autre : \_\_\_\_\_

Le suivi s'effectuant en :

☐ LJC

☐ LPJ

☐ Autres, précisez : \_\_\_\_\_

### Intensité du suivi individuel

Avez-vous suivi l'adolescent agresseur sexuel en individuel ? ☒ Oui ☐ Non

Si oui, vos rencontres se sont déroulées :

☐ Avant le début du traitement de groupe -----> Nombre approximatif de rencontres : \_\_\_\_\_

☐ Pendant le traitement de groupe -----> Nombre approximatif de rencontres : \_\_\_\_\_

☐ Après le traitement de groupe -----> Nombre approximatif de rencontres : \_\_\_\_\_

### Aperçu des rencontres individuelles

Contenu : (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

☐ Gestion du suivi (placement, famille d'accueil, etc.)

☐ Conflits ou difficultés relationnelles (milieu familial, scolaire ou autre)

☐ Objectifs de travail en lien spécifiquement avec la compréhension des gestes et du processus de l'abus.

☐ Informations / discussions sur la sexualité de manière générale.

☐ Suivi psychologique (symptômes dépressifs, affirmation, estime de soi, etc.)

☐ Autres (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Durée moyenne d'une rencontre type? ☐ moins de 30 minutes

☐ 30 à 60 minutes

☐ 60 à 90 minutes

☐ plus de 90 minutes

Qualifiez l'implication du jeune...

...au niveau de sa présence aux rencontres :

1	2	3	4	5
Toujours absent	Souvent absent	Absent à l'occasion	Souvent présent	Toujours présent

...au niveau de sa motivation et de sa participation lors des rencontres :

1	2	3	4	5
Jamais motivé	Rarement motivé	Motivé à l'occasion	Souvent motivé	Toujours motivé

À votre connaissance, le jeune recevait-il un autre suivi (individuel ou de groupe), i.e. par un autre intervenant, un psychologue scolaire, un psychiatre, etc. ? ☐ Oui ☒ Non

Précisez au besoin : \_\_\_\_\_

#### Implication des parents dans le suivi

Avez-vous rencontré : ... le(s) parent(s) seul(s) : ☐ oui ☐ non

... le(s) parent(s) et le jeune en même temps : ☒ oui ☐ non

☐ Vous n'avez pas rencontré les parents

Habituellement, étai(en)t présent(s), lors des rencontres familiales :

☐ le père ☐ les deux parents ensemble

☒ la mère ☐ une ou d'autre(s) personne(s) significative(s), précisez : \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres précisions ? \_\_\_\_\_

Si vous les avez rencontrés, vos rencontres se sont déroulées :

☐ Avant le début du traitement de groupe -----> Nombre approximatif de rencontres : \_\_\_\_\_

☐ Pendant le traitement de groupe -----> Nombre approximatif de rencontres : \_\_\_\_\_

☐ Après le traitement de groupe -----> Nombre approximatif de rencontres : \_\_\_\_\_

#### Aperçu des rencontres avec les parents

Contenu : (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

☐ Gestion du suivi (placement, famille d'accueil, etc.)

☐ Conflits ou difficultés relationnelles (milieu familial, de travail ou autre).

☐ Objectifs de travail en lien spécifiquement avec la compréhension des gestes et du cycle de l'abus.

☐ Informations / discussions sur la sexualité de manière générale.

☐ Suivi psychologique (symptômes dépressifs, affirmation, estime de soi, etc.)

☐ Autres (spécifiez) : \_\_\_\_\_

Durée moyenne d'une rencontre type ? ☐ moins de 30 minutes

☒ 30 à 60 minutes

☐ 60 à 90 minutes

☐ plus de 90 minutes

Qualifiez l'implication du/des parent(s) ...

...au niveau de la présence aux rencontres :

1	2	3	4	5
Toujours absent(s)	Souvent absent(s)	Absent(s) à l'occasion	Souvent présent(s)	Toujours présent(s)

...au niveau de la motivation et de la participation lors des rencontres :

1	2	3	4	5
Jamais motivé(s)	Rarement motivé(s)	Motivé(s) à l'occasion	Souvent motivé(s)	Toujours motivé(s)

Avez-vous d'autres commentaires généraux ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pour terminer, veuillez nous indiquer votre numéro de téléphone ainsi que votre courriel afin que nous puissions vous rejoindre facilement en cas de besoin.

Téléphone : ( ) - Courriel : \_\_\_\_\_

S'il y a lieu, nom des autres intervenants impliqués au suivi : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Merci encore de votre précieuse collaboration !

pour l'équipe du projet « Adolescents agresseurs sexuels »

Annexe 5 –  
Entrevue semi-structurée et Questionnaire de compréhension des gestes

## I/ INFORMATIONS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

\_\_\_ contrôle

\_\_\_ expérimental

1. Nom du sujet : \_\_\_\_\_

2. Date de naissance : \_\_\_\_\_

Numéro du sujet:

3. Date de l'évaluation : \_\_\_\_\_ Âge :

4. Date du délit : \_\_\_\_\_ Âge :

### 5. Source de référence:

1. Publicité au cegep
2. Famille- ami
3. CPEJ
4. Autre

### 6. Statut légal

1. Evaluation sous la loi protection de la jeunesse
2. Evaluation sous la loi des jeunes contrevenants
3. Traitement sous la loi protection de la jeunesse
4. Traitement sous la loi des jeunes contrevenants
5. Autre :
0. Aucun

### 7. Occupation actuelle

1. Études plein temps
2. Travail plein temps
3. Étude et travail
4. Travail temps partiel seulement
5. Décrocheur (sans recherche d'emploi)
6. Autre:

### 8. Race (Ethnie du jeune)

1. Blanc
2. Noir
3. Hispanophone
4. Autre (autochtonoe...):

### 9. Résidence actuelle

1. Seul/ en appartement (inclu en apart. avec amis)
2. Mère
3. Père
4. Les deux parents
5. Placement (Centres jeunesse/famille accueil/Pavillons)
6. Autre:

### 10. Lieu de résidence avant l'arrestation ou le dévoilement

*Ne pas reproduire ni utiliser sans l'autorisation explicite des auteurs*

1. Seul/ en appartement (inclu en apart. avec amis)
2. Mère
3. Père
4. Les deux parents
5. Placement (Centres jeunesse/famille accueil/Pavillons)
6. Autre:
0. Ne s'applique pas

**11. Statut conjugal actuel**

1. Célibataire
2. Copain/copine

**12. Occupation des parents**

Source de revenu du père

1. Professionnel ou cadre
2. Technicienne ou métier spécialisé
3. Métier non spécialisé
4. Chômage
5. Bien-être social
6. Autre:
0. Décédée

Source de revenu de la mère

1. Professionnelle ou cadre
2. Technicien ou métier spécialisé
3. Métier non spécialisé
4. Chômage
5. Bien-être social
6. Autre:
0. Décédé

*Mêmes questions si parents substitués (beaux-parents ou famille d'accueil significatifs):*

Père substitut

Mère substitut

**II/ INFORMATIONS SUR LA SITUATION JURIDIQUE**

**13. A-t-il un dossier criminel?**

1. Oui
0. Non

**14. Si oui, quelle a été l'infraction:**

1. vol à l'étalage
2. vol (+200\$)
3. vandalisme
4. voie de fait
5. introduction par effraction

*Ne pas reproduire ni utiliser sans l'autorisation explicite des auteurs*

- 6. fugue de centre d'accueil
- 7. trafic de stupéfiants
- 8. possession de stupéfiants
- 9. troubler la paix
- 10. proférer des menaces
- 11. Infraction de nature sexuelle
- 12. Appels obscènes
- 13. Prostitution
- 14. Port d'arme
- 15. Autre :
- 0. Ne s'applique pas

**15. Âge lors de la première infraction non sexuelle:**

**16. Même s'il ne s'est jamais fait prendre coter les comportements délinquants qu'il a commis (reprendre les items à la quest. #14) et ajouter :**

- 16. Absentéisme scolaire grave
- 17. Bagarre, violence familiale

**17. Y a-t-il des antécédents criminels dans la famille? Précisez qui et quels types de délits?**

- 1. Père
- 2. Mère
- 3. Les deux parents
- 4. Fratrie
- 5. Ne sait pas
- 0. Ne s'applique pas

**III/ INFORMATIONS SUR LA FAMILLE**

**18. Statut des parents**

- 1. Mariés/conjoints de fait
- 2. Divorcés-séparés
- 3. Remariés
- 4. Père décédé
- 5. Mère décédée

**Si 2, âge que le jeune avait quand parents se sont divorcés/séparés:**

**19. Nombre de: (précisez l'âge de chacun)**

- 1. Frères:
- 2. Soeurs:
- 3. Demi-frères:
- 4. Demi-soeurs:

**20. Ordre de naissance du jeune:**



**21. Qualité de la relation avec chaque membre de la famille** (et justifier) (échelle Likert 1 à 5 : 1 = pauvre, 3 = moyenne, 5 = excellente)

1. Père
2. Mère
3. Frères
4. Soeurs
5. Demi-frères:
6. Demi-soeurs:

**22. Consommation d'alcool dans la famille (alcoolisme) et préciser**

1. Père
2. Mère
3. Père et mère
4. Frère
5. Soeur
6. Ne sait pas
0. Aucun

**23. Consommation de drogues dans la famille (toxicomanie) et préciser**

1. Père
2. Mère
3. Père et mère
4. Frère
5. Soeur
6. Ne sait pas
0. Aucun

**24. Consommation de pornographie dans la famille et préciser**

- 1. Père
- 2. Mère
- 3. Père et mère
- 4. Frère
- 5. Soeur
- 6. Ne sait pas
- 0. Aucun

**IV/ INFORMATIONS SUR LA CONSOMMATION DE DROGUES, D'ALCOOL ET DE PORNOGRAPHIE****25. Consommation d'alcool**

- 0. Aucune
- 1. Occasionnelle
- 2. Régulière (plus d'une fois par sem.)

**26. Âge du début de la consommation :****27. Type d'alcool consommé**

- 1. Bière
- 2. Fort
- 3. Vin
- 4. Autre:
- 5. Plusieurs types à la fois
- 0. Ne s'applique pas

**28. Consommation de drogues**

- 0. Aucune
- 1. Occasionnelle
- 2. Régulière (plus d'une fois par sem.)

**29. Âge du début de la consommation :****30. Type de drogues consommées**

- 1. Mari/hash
- 2. Chimique (LSD, mesc, acid, coke, pcg)
- 3. Colle, solvant, gaz
- 4. Tranquillisant, médication sous ordonnance
- 5. Autre:
- 6. Combine plusieurs types
- 0. Ne s'applique pas

**31. Consommation de pornographie**

- 0. Aucune

1. Occasionnelle
  2. Régulière (plus d'une fois par sem.)
- 32. Âge du début de la consommation :**

**33. Type de pornographie consommée**

1. Revues
2. Vidéo/télé payante/internet
3. Arcades( peep show)/danseuses
4. Autre:
5. Plusieurs types en même temps
0. Ne s'applique pas

**V/ INFORMATIONS SCOLAIRES**

**34. Nombre d'années d'éducation (dernière année complétée).**

1. Primaire. Spécifier le niveau:
2. Secondaire 1
3. Secondaire 2
4. Secondaire 3
5. Secondaire 4
6. Secondaire 5
7. Autre:

**35. Difficultés scolaires (précisez causes, quand c'est arrivé et durée)**

1. Redoublement
2. Renvoi
3. Cheminement particulier
4. Suspension
5. Autre:
0. Ne s'applique pas

**36. Troubles de la conduite**

1. Agressivité
2. Bagarre, violence familiale
3. Difficulté avec l'autorité
4. Absentéisme scolaire grave
5. Autre:
0. Ne s'applique pas

**VI/ INFORMATIONS SUR LES HABILETÉS SOCIALES**

**37. Nombre d'amis:**

**38. Âge des amis:**

**Coter 39, 40, 41 selon une échelle Likert 1 à 5; (1 = pauvre, 3 = moyen, 5 = excellent).  
Vérifié par des exemples et mises en situation.**

**39. Socialisation** (party où il ne connaît personne) :

- 1- repart aussitôt ou s'isole dans un coin et ne parle à personne
- 2-
- 3- s'assoie près d'un groupe et fait quelques tentatives de s'intégrer à la conversation.
- 4-
- 5- se présente à un groupe et s'intègre à leur conversation

**40. Affirmation de soi** (quelqu'un le dépasse dans une file d'attente):

- 1- ne dit rien ou se bat ou l'engueule
- 2-
- 3- repasse devant sans vraiment s'exprimer ou dit que ça ne lui fait pas plaisir sur un ton agressif (mais sans injures)
- 4-
- 5- demande poliment à la personne de se placer à l'arrière de la file parce qu'il était là avant.

**41. Empathie envers autrui** (un de ses meilleurs amis lui exprime une difficulté ou un problème):

- 1-ça l'énerve ou il ne comprend pas comment l'autre se sent ou ça le laisse indifférent
- 2-
- 3- lui donne des conseils ou s'empresse d'essayer de lui changer les idées
- 4-
- 5- écoute attentivement, comprend comment l'autre se sent

**42. Score total des habiletés sociales (40 + 41 + 42) :**

## **VII/ INFORMATIONS SUR L'HISTORIQUE D'ABUS PHYSIQUE, PSYCHOLOGIQUE OU SEXUEL**

**43. A-t-il été victime d'abus physique**

- 1. Oui
- 0. Non

Si oui, préciser la nature des abus:

**44. Âge où les abus ont commencé:**

**45. Âge où les abus ont cessé:**

**46. Durée des abus (durée moyenne des épisodes):**

**47. Fréquence des abus:**

**48. Qui lui a infligé ces sévices?**

1. Mère
2. Père
3. Parents substitués
4. Père et mère
5. Frère/sœur
6. Famille élargie
7. Gardien
8. Inconnu
9. Autre
0. Ne s'applique pas

**49. A-t-il été victime d'abus psychologique**

1. Oui
0. Non

Si oui, préciser la nature des abus:

**50. Âge où les abus ont commencé:**

**51. Âge où les abus ont cessé:**

**52. Durée des abus (durée moyenne des épisodes):**

**53. Fréquence des abus:**

**54. Qui lui a infligé ces sévices?**

1. Mère
2. Père
3. Parents substitués
4. Père et mère
5. Frère/sœur
6. Famille élargie
7. Gardien
8. Inconnu
9. Autre
0. Ne s'applique pas

**55. A-t-il été victime d'abus sexuel**

1. Oui
0. Non

Si oui, préciser la nature des abus:

**56. Âge où les abus ont commencé:**

**57. Âge où les abus ont cessé:**

**58. Durée des abus (durée moyenne des épisodes):**

**59. Fréquence des abus:**

**60. Qui lui a infligé ces sévices?**

1. Mère
2. Père
3. Parents substitués
4. Père et mère
5. Frère/soeur
6. Famille élargie
7. Gardien
8. Inconnu
9. Autre
0. Ne s'applique pas

**61. Quel genre d'abus sexuel a-t-il subi?**

1. Exhibitionnisme
2. Masturbation
3. Attouchement/pénétration digitale
4. Contacts oraux-génitaux
5. Tentative pénétration anale/vaginale
6. Pénétration anale/vaginale
7. Autre
0. Ne s'applique pas

**62. Type de contrainte qu'il a subit:**

1. Sans contrainte
2. Contrainte verbale (séduction, persuasion, menace, chantage...)
3. Contrainte physique, sans arme
4. Contrainte physique, avec arme. Noter l'arme :
0. Ne s'applique pas

## VIII/ INFORMATIONS SUR L'ORIENTATION SEXUELLE

**63. Echelle de Kinsey**

0		1		2		3		4		5		6
*	*	*		*		*		*		*		*
exclusivement hétérosexuel						Bisexuel						Exclusivement homosexuel

## IX/ INFORMATIONS SUR L'HISTOIRE SEXUELLE

**64. Est-il à l'aise de parler de sexualité?**

1. Oui

0. Non

**65. Était-il permis de discuter de sexualité à la maison?**

1. Oui

0. Non

Réaction personnelle si ses parents ont tenté d'aborder le sujet de la sexualité avec lui :

Réaction parentale si lui a tenté de parler de sexualité:

**66. L'âge du début de la masturbation:**

**67. Fréquence (au début, actuellement et décrire s'il y a eu des épisodes de masturbation compulsive):**

**68. Fantômes lors de la masturbation:**

1. homosexualité

2. hétérosexualité

3. inceste garçon

4. inceste fille

5. voyeurisme

6. exhibitionnisme

7. sadisme

8. masochisme

9. frottage

10. pédophilie fille

11. pédophilie garçon

12. viol

13. transvestisme

14. fétichisme

15. identité sexuelle féminine

16. zoophilie

**X/ INFORMATIONS SUR LES EXPÉRIENCES SEXUELLES CONSENTANTES**

**69. Combien de copains/copines a-t-il eu:**

**70. Répéter les questions 1 à 6 pour chaque partenaire/ou expérience éphémère**

1. Âge du/de la partenaire

2. Durée de la relation

3. Cause de la rupture (qui , pourquoi...)

4. Impact de la rupture

5. Quel genre d'interactions sexuelles ont-ils eu

6. Fréquence des rapports sexuels

**71. A-t-il déjà eu des contact hétérosexuels consentants avec des pairs avant les abus?**

1. Oui

0. Non

**72. A-t-il déjà eu des contact homosexuels consentants avec des pairs avant les abus?**

1. Oui

0. Non

**73. Première expérience sexuelle**

- 0. Normale
- 1. Déviante
- 2. Aucune expérience sexuelle
- 3. Expérimente les deux en même temps

**74. S'il a eu des relations sexuelles complètes, âge des premières expériences:**

**75. Quel est l'impact de l'alcool sur ton désir d'avoir des contacts sexuels?**

- 1. Pas d'impact
- 2. Augmente
- 3. Diminue
- 0. Ne s'applique pas

**76. Quel est l'impact de la drogue sur ton désir d'avoir des contacts sexuels?**

- 1. Pas d'impact
- 2. Augmente
- 3. Diminue
- 0. Ne s'applique pas

**77. Quel est l'impact de la pornographie sur ton désir d'avoir des contacts sexuels?**

- 1. Pas d'impact
- 2. Augmente
- 3. Diminue
- 0. Ne s'applique pas

## **XI/ INFORMATIONS SUR LES EXPÉRIENCES SEXUELLES NON CONSENTANTES**

**78. Combien de victimes admet-il avoir:**

- 0. Groupe contrôle (ne s'applique pas)

**79. Nombre de tentatives d'agressions qui n'ont pas été réalisées:**

- 0. Groupe contrôle

**Répéter les questions 80 à 93 pour chaque victime.**

**80. Sexe de la victime**

- 1. Fille
- 2. Garçon
- 0. Ne s'applique pas

**81. Âge de la victime**

**82. Nombre d'agresseurs impliqués dans l'incident (spécifier)**

- 1. A agit seul
- 2. Avec un/une autre adolescent (e)



3. Autre

0. Ne s'applique pas

**83. Lien avec la victime abusée**

1. Enfant même famille (différence d'âge de 4 ans et plus)

2. Enfant famille élargie (cousin...)

3. Enfant hors famille (connu)

4. Enfant inconnu

5. Enfant/adolescent de la même famille (différence d'âge de moins de 4 ans)

6. Enfant/adolescent de la famille élargie (différence d'âge de moins de 4 ans)

7. Adolescent hors de la famille (connu)

8. Adolescent inconnu

9. Adulte (4 ans et plus)

0. Ne s'applique pas (contrôle)

**84. Lieu où la victime a été abusée (précisez)**

1. Chez l'abuseur

2. Chez la victime

3. Chez quelqu'un d'autre (ami...)

4. Lieu public

5. Centre/famille d'accueil

6. Autre

7. Ne s'applique pas

**85. Durée des abus (durée entre le début et la fin des abus et durée moyenne des épisodes) :**

**86. Fréquence des abus:**

**87. Type d'abus commis**

8. Exhibitionnisme

9. Masturbation

10. Attouchements/pénétration digitale

11. Contacts oraux-génitaux

12. Tentative pénétration anale/vaginale

13. Tentative viol

14. Pénétration anale/vaginale

15. Autre

16. Ne s'applique pas

**88. Moyen de coercition lors des abus:**

17. Sans contrainte

18. Contrainte verbale (menace, séduction, chantage, cadeau)

19. Contrainte physique sans arme

20. Contrainte physique avec arme

21. Ne s'applique pas

**89. Fantômes entourant les abus (ex. planification):**

- |                   |                      |                                |
|-------------------|----------------------|--------------------------------|
| 1. homosexualité  | 2. hétérosexualité   | 3. inceste garçon              |
| 4. inceste fille  |                      |                                |
| 5. voyeurisme     | 6. exhibitionnisme   | 7. sadisme                     |
| 8. masochisme     |                      |                                |
| 9. frottage       | 10. pédophilie fille | 11. pédophilie garçon          |
| 12. viol          |                      |                                |
| 13. transvestisme | 14. fétichisme       | 15. identité sexuelle féminine |
| 16. zoophilie     |                      |                                |

**90. A-t-il élaboré un plan bien précis, pour ensuite le mettre en application dans un moment et contexte précis?**

- 1. Oui
- 0. Non

**91. Percevait-il un danger lors de la commission des abus?**

- 1. Oui
- 0. Non

**92. Comment le sujet se sent-il après la commission de l'abus?**

- 1. Triste ou suicidaire
- 2. Coupable, honteux ou gêné
- 3. Peur d'avoir mis la victime enceinte
- 4. Angoissé et confus face à lui-même
- 5. Peur d'être dénoncé et identifié
- 6. Satisfait ou à l'aise
- 7. Fier ou euphorique
- 8. Autre:
- 0. Ne s'applique pas

**93. A qui le sujet attribue-t-il la responsabilité de l'incident?**

- 1. Ne sait pas, il est confus
- 2. Reconnaît l'agir mais nie son caractère abusif (victime consentante)
- 3. Reconnaît l'agir, mais invoque des facteurs externes (alcool, incitation ou "dédoublage de la personnalité")
- 4. Reconnaît l'agir, mais soutient que la problématique est complètement résorbée
- 5. Assume sa responsabilité et s'interroge sur les causes internes
- 6. Autre:
- 0. Ne s'applique pas

*Niveau d'empathie pour la victime*

**94. a) Est-ce que la victime a présenté une résistance? Si oui, décrivez le type de résistance.**

- 22. Non
- 0. Oui

**Si non, b) si la victime avait présenté une résistance, est-ce que cela aurait inhibé la progression du comportement déviant?**

- 1. Non
- 0. Oui

95. a) Est-ce que ta victime a subi des conséquences suite à ton comportement? Si oui, lesquelles?

- 1. Non
- 0. Oui

Si non, b) est-ce que les victimes d'abus sexuels en général subissent des conséquences? Si oui, lesquelles? Pourquoi pas ta victime?

- 1. Non
- 0. Oui

**96. Comment l'adolescent perçoit-il le rôle de la victime dans l'initiation du délit? (empathie)**

- 1. Elle est perçue comme résistante
- 2. Elle est perçue comme consentante et passive
- 3. Elle est perçue comme consentante et active
- 4. Autre:
- 0. Ne s'applique pas

*En tenant compte des questions 94 à 96, évaluer le niveau d'empathie envers ses victimes*

Niveau d'empathie	1	2	3	4	5
	*	*		*	*
	Pauvre	Moyenne		Excellente	

**97. Selon le sujet, comment explique-t-il son comportement abusif?**

- 1. Curiosité, expérimentation, jeux sexuels
- 2. Avances ou invitations de la victime
- 3. Isolement personnel, absence de petite amie
- 4. Contact avec du matériel pornographique
- 5. Répétition d'un abus déjà subi soi-même
- 6. Mauvaise influence d'un autre adolescent
- 7. Autre
- 0. Ne s'applique pas

**98. Quel est l'impact de l'alcool sur ton désir de commettre des abus?**

- 1. Pas d'impact
- 2. Augmente
- 3. Diminue
- 0. Ne s'applique pas

**99. Quel est l'impact de la drogue sur ton désir de commettre des abus?**

- 1. Pas d'impact
- 2. Augmente
- 3. Diminue
- 0. Ne s'applique pas

**100. Quel est l'impact de la pornographie sur ton désir de commettre des abus?**

- 1. Pas d'impact
- 2. Augmente
- 3. Diminue
- 0. Ne s'applique pas

**101. Force des intérêts sexuels**

Le jeune doit répartir une banque de 100 points afin d'établir la force de ses intérêts sexuels mentionnés tout au long de l'entrevue et soupçonnés en rapport à ses délits.

Fantasmes \_\_\_\_\_ Comportements (ce qu'il fait le plus)

# QCG

**A) À quel point es-tu d'accord avec l'énoncé ?** Encerle le chiffre correspondant.

1.	Eric, qui a 10 ans, demande à un ami de son frère d'avoir des contacts sexuels avec lui. Cet ami, Marc, est un adolescent de 15 ans. Marc accepte. On peut dire que le comportement de Marc est légal.	Totalement d'accord 1	2	3	4	5	6	Totalement en désaccord 7
2.	Michel, un adolescent de 14 ans, a des contacts sexuels avec son frère de 12 ans. On peut dire que le comportement de Michel est légal.	Totalement d'accord 1	2	3	4	5	6	Totalement en désaccord 7
3.	Jean, qui a 16 ans, fréquente Lyne qui a aussi 16 ans. Un soir, il veut avoir des rapports sexuels avec elle. Elle refuse. Il insiste et la force à avoir des rapports sexuels. On peut dire que le comportement de Jean est légal.	Totalement d'accord 1	2	3	4	5	6	Totalement en désaccord 7
4.	Si un enfant fixe mon pénis avec intérêt alors que je lui montre, cela veut dire que mon comportement est légal.	Totalement d'accord 1	2	3	4	5	6	Totalement en désaccord 7

**B) Encerle le chiffre qui correspond le mieux à ton choix.**

5.	L'abus sexuel qui a été dévoilé est arrivé à cause de ma victime ou à cause de moi?	Totalement dû à ma victime 1	2	3	4	5	6	Totalement dû à moi 7
6.	La responsabilité des gestes posés appartient à ma victime ou à moi?	Totalement à ma victime 1	2	3	4	5	6	Totalement à moi 7
7.	Faire en sorte que l'abus sexuel ne se reproduise plus, c'est:	Totalement l'affaire des autres 1	2	3	4	5	6	Totalement mon affaire 7

8.	Mes comportements et actions posées seront efficaces pour faire cesser l'abus sexuel.	Totalement en désaccord							Totalement d'accord
		1	2	3	4	5	6	7	

**C) •À gauche, fais un “X” (ou coche) pour identifier les gestes que tu as posés sur ta(tes) victime(s).**

•À droite, indique (pour tous les gestes, que tu les aies commis ou non) le degré de conséquences que tu imagines que ces gestes entraînent chez les victimes. Encerle le chiffre correspondant sur l'échelle. Le chiffre “1” représente aucune conséquence pour la(les) victime(s) alors que le chiffre “7” représente beaucoup de conséquences.

Coche si  
tu as posé  
le geste

Conséquences sur les victimes

			Aucune conség.							Beaucoup de conség.
9.		Attouchements aux fesses	1	2	3	4	5	6	7	
10.		Attouchements aux parties génitales (vulve, pénis)	1	2	3	4	5	6	7	
11.		Attouchements aux seins	1	2	3	4	5	6	7	
12.		Embrasser les seins	1	2	3	4	5	6	7	
13.		Embrasser les parties génitales (vulve, pénis) (se faire, ou faire)	1	2	3	4	5	6	7	
14.		Pénétration de doigts dans le vagin	1	2	3	4	5	6	7	
15.		Pénétration de doigts dans l'anus	1	2	3	4	5	6	7	
16.		Pénétration du pénis dans le vagin	1	2	3	4	5	6	7	
17.		Pénétration du pénis dans l'anus	1	2	3	4	5	6	7	
18.		Pénétration d'un objet dans le vagin	1	2	3	4	5	6	7	
19.		Pénétration d'un objet dans l'anus	1	2	3	4	5	6	7	
20.		Se frotter contre le corps de la victime	1	2	3	4	5	6	7	
21.		Se masturber devant la victime	1	2	3	4	5	6	7	
22.		Se faire masturber par la victime	1	2	3	4	5	6	7	
23.		Masturber la victime	1	2	3	4	5	6	7	
24.		Voyeurisme (regarder quelqu'un à son insu, dans le but d'obtenir une excitation sexuelle)	1	2	3	4	5	6	7	
25.		Exhibitionnisme (exposer organes génitaux)	1	2	3	4	5	6	7	
26.		Bestialité (activité sexuelle avec animaux)	1	2	3	4	5	6	7	

**D) Encerle le chiffre qui correspond au degré d'intensité rattaché à chacun des sentiments suivants qu'a pu ressentir ta(tes) victime(s) suite à l'abus sexuel.**

Sentiments vécus par la victime

Intensité de ce sentiment

		Pas du tout intense						Très intense
27.	Se sent méfiant(e) ou incapable de faire confiance	1	2	3	4	5	6	7
28.	A peur	1	2	3	4	5	6	7
29.	A honte pour rien	1	2	3	4	5	6	7
30.	Se sent coupable ou se blâme	1	2	3	4	5	6	7
31.	Se retire, refuse de passer du temps avec les autres	1	2	3	4	5	6	7

32.	Se sent "différent(e)" des autres	1	2	3	4	5	6	7
33.	Souffre de solitude et d'ennui	1	2	3	4	5	6	7
34.	Pense à mourir, a des idées suicidaires	1	2	3	4	5	6	7
35.	Ressent de la colère	1	2	3	4	5	6	7
36.	Se coupe de ses sentiments	1	2	3	4	5	6	7
37.	Sentiment de ne pas avoir de contrôle sur sa vie	1	2	3	4	5	6	7
38.	Fait de l'apitoiement sur soi	1	2	3	4	5	6	7
39.	Se sent déprimé(e) et triste	1	2	3	4	5	6	7
40.	Se sent stupide	1	2	3	4	5	6	7
41.	Se sent moins capable que les autres	1	2	3	4	5	6	7
42.	A honte des sentiments liés à la sexualité	1	2	3	4	5	6	7
43.	A peur du changement	1	2	3	4	5	6	7
44.	Se sent souvent blessé(e) par les autres	1	2	3	4	5	6	7
45.	Néglige son apparence	1	2	3	4	5	6	7

**E) Encerle le chiffre qui correspond le mieux à ta situation**

		Totalement d'accord						Totalement en désaccord
46.	J'ai planifié mon (mes) délit(s) sexuel(s)	1	2	3	4	5	6	7
47.	Il m'arrivait de me masturber en pensant à ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
48.	Il m'arrivait de penser à avoir des contacts sexuels avec ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
49.	Si je regardais du matériel érotique, je pensais à ma (mes) victime(s)*	1	2	3	4	5	6	7
50.	Les gestes sexuels que j'ai commis sont arrivés par hasard	1	2	3	4	5	6	7
51.	J'avais de l'intérêt sexuel pour ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
52.	Je savais d'avance que mes pensées sexuelles et mon comportement n'étaient pas corrects	1	2	3	4	5	6	7
53.	Je connaissais les bons moments pour être seul avec ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
54.	Je cherchais les occasions pour être seul avec ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
55.	Je savais comment convaincre ma (mes) victime(s)	1	2	3	4	5	6	7
56.	Je me sentais bien après l'abus	1	2	3	4	5	6	7
57.	Je me sentais mal après l'abus	1	2	3	4	5	6	7
58.	Je ne ressentais rien après l'abus	1	2	3	4	5	6	7
59.	Je sais quoi faire pour ne plus recommencer d'abus sexuels	1	2	3	4	5	6	7
60.	Je me sens tout à fait à l'abri de ne plus recommencer	1	2	3	4	5	6	7

Questionnaire réalisé par A. Perron, F. Lagueux et J. Wright (1999)

Annexe 6 –  
Fiche trimestrielle d'atteinte des objectifs



**Fiche de suivi trimestrielle #1 (10 rencontres):**  
**Projet AAS**

Nom du jeune: \_\_\_\_\_ #dossier \_\_\_\_\_

Nombre de rencontres au moment de la complétion de la fiche  
\_\_\_\_\_

Nous sommes intéressés à savoir à quel point vous sentez (donc votre opinion subjective) que votre jeune AAS a atteint les premiers objectifs travaillés en groupe. Pour ce, nous vous demandons 2 choses:

- 1) Pour chacun des objectifs ici bas (donc même pour ceux qui ne sont pas encore travaillés), nous vous demandons d'inscrire dans la colonne T1 (temps 1) où vous situeriez votre jeune, en terme d'accomplissement des objectifs, alors qu'il était à sa première rencontre de groupe.

Pour cela, vous devez vous référer à l'échelle suivante:

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Le jeune avait  
du travail à faire  
pour cet objectif

Le jeune avait  
atteint d'emblée  
l'objectif.

- 2) Pour les objectifs que vous avez jusqu'à maintenant travaillés (ou tous, si pertinent), où sur l'échelle situeriez vous votre jeune après ces 10 premières rencontres?

Inscrivez votre chiffre dans la colonne T2.

Objectifs particuliers travaillés (pour toutes modalités d'interv.)	T1	T2
Développement de l'alliance et du climat de confiance		
Présentation (ou développement) des buts et objectifs de thérapie		
Présentation du cadre de la thérapie (ex: principes et règles du fonctionnement en groupe)		
Comprendre les aspects légaux (gestes, âge de consentement, etc.)		
Reconnaître et décrire les faits		
Reconnaître sa responsabilité		
Sensibiliser aux sentiments et réactions des victimes		

Travailler à l'intégration du processus de l'abus sexuel		
Réduire l'excitation déviante		
Contrôler le stress		
Gérer les émotions (colère, honte, tristesse, etc.)		
Développer l'empathie à l'endroit des victimes		
Développer des habiletés de communication des sentiments		
Modifier connaissances et attitudes/ sexualité		
Gérer les conflits		
Se faire des amis		
Développer des relations avec les filles		
Travailler sur les erreurs de pensée/distortions cognitives		

<b>Autres Objectifs particuliers travaillés</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>
Autres:		

Nom de l'intervenant: \_\_\_\_\_

Date:

Annexe 7 –  
Rapports-synthèse cliniques (pré- et post-traitement)

## Rapport-synthèse PRÉ-: entrevue, questionnaires et système de dépistage des intérêts sexuels

*Date de finalisation du rapport: XXXX*

*Nom de l'adolescent: XXXX*

*Date de naissance: XXXX*

• XXXX ans au moment de l'évaluation

### I) Facteurs de vulnérabilité présents dans l'histoire du jeune (basés sur entrevue)

Éléments de l'histoire	Oui	Non	Commentaires
• Placement avant dévoilement?		X	Habite chez sa mère, qui a un conjoint
• Situation parentale particulière?		X	- Parents divorcés - Excellente relation avec tous les membres de sa famille - Pas d'alcool-drogue-porno
• Consommation? (alcool, drogues)		X	- Ni alcool, ni drogue * même que Abel pour l'alcool * in Abel, il a consommé, moins d'une dizaine de fois, de la mari ou du hash (1 <sup>e</sup> fois à 13 ans).
• Consommation? (pornographie)	X		Occasionnelle : " Bleu nuit " à la t.v. - N'avait pas consommé au moment des abus
• Histoire délinquante non sexuelle?		X	- Pas de dossier criminel - A fait vol à l'étalage sans se faire prendre * in Abel : dit ne jamais avoir été arrêté pour délits à caractère non-sexuel.
• Difficultés scolaires?		X	Niveau complété : Sec. I - n'a jamais redoublé
• Victimisations subies?			
- abus physique		X	
- abus psychologique		X	
- abus sexuel		X	* même que Abel

• Absence de sexualité consentante		X	- a eu 3 copines - Elles avaient 12-13 ans - A eu contacts hétéro. consentants mais pas de rapports sexuels
• Commis gestes sex. abusifs antérieurs (sur autre victime)		X	non
• Gestes sexuels avec pénétration ou tent. de péné?		X	Il admet avoir une victime, un garçon de 4 ans . Pas de pénétration. C'est arrivé à 3 reprises sur une période de 2 mois. Il y a eu attouchements au pénis de son frère avec ses mains, caresse ses fesses. Il a demandé à son frère de lui faire une fellation. * in Abel : admet avoir fait attouchements sex. sur un enfant, ça s'est passé à 3 reprises.
• Contrainte physique?		X	Contrainte verbale et incitation " viens, fais-le, ça ne prendra pas de temps ".
- minimisation/déni/ absence de reconnaissance des faits et/ou responsabilité?	X		- Il assume 70 % de la responsabilité et 30 % à son frère - Son frère disait non, mais après il voulait - Victime perçue comme consentante et passive, puis consentante et active. - Croit qu'il n'y a pas de conséquences parce que son frère le connaissait et qu'il croyait que c'était un jeu. * in Abel : il estime aujourd'hui être en parfait contrôle de ce comportement. * in Abel : il dit que les abus se sont déroulés tel que rapportés par la victime.
<b>Somation facteurs de vulnérabilité rattachés à l'histoire</b>	2/14		

### À APPROFONDIR (suggestions)

- Voir qu'elle est l'intensité de sa consommation de pornographie et les liens possibles avec son cycle de l'abus sexuel.
- Vérifier l'intensité de la consommation de drogues.
- A travailler avec lui, la reconnaissance de sa responsabilité.

## II) Résultats aux questionnaires et instrument de Abel

Dimensions mesurées	cote	rang	commentaires
• <i>Ajustements psychologiques</i>			
- sentiments dépressifs (Beck)			Absence de dépression clinique : symptômes minimes.
- dépression (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique
- anxiété (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique
- stress post-trauma (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique
- préoccupations sexuelles (Brière)			Symptômes d'intensité clinique
- dissociation (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique
- colère (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique
- Validité -			N'a pas tendance à révéler un score plus bas que la norme.
- Validité +			N'a pas tendance à révéler beaucoup de symptômes
Dérangé par AS vécu? (Abel)			Ne s'applique pas
• Estime de soi/sent. compétences (Harter)			Au-dessus de la moyenne. Bonne estime de soi.
- scolaire			Au-dessus de la moyenne. Se sent plus compétent.
- social			Au-dessus de la moyenne. Se sent plus compétent.
- sportive			Moyenne.
- physique			Au-dessus de la moyenne. Se sent plus compétent.
- conduite			Moyenne.
- amitiés intimes			Au-dessus de la moyenne. Se sent plus compétent.
- attirance/plaisance amoureuse			Moyenne supérieure.

• Traits délinquants (Jesness)			À compléter
• <i>Relation aux parents</i>			
- attachement mère			Attachement dit sécuritaire.
- attachement père (ou conjoint)			Attachement dit sécuritaire.
- attachements aux amis (IPPA)			Tend à un attachement dit insécure.
- présence conflits avec mère			Absence de conflits
- présence conflits avec père			Absence de conflits
- présence conflits avec conjoint			Absence de conflits
• <i>Sexualité</i>			
- attitudes/sexualité (Lief)			Attitudes tendent à être libérales.
- degré de confort: (parler, utiliser contraception, etc.) (Kirby)			Vit certains inconforts en ce qui a trait à : - parler de contraception - parler de contraception et sexualité avec parents - s'affirmer par rapport à la sexualité "dire non".
- habiletés hétérosexuelles (HS)			Tend à avoir des habiletés hétérosexuelles élevées.

Dimensions mesurées	Cote	rang	commentaires
- habiletés sociales générales (Essy)			Tendance vers un niveau d'habiletés sociales générales supérieure à la moyenne
- sentiment de solitude			Absence d'un haut niveau de solitude perçue.
• <i>Gestion du stress</i>			
- centré tâche score 46			Moyenne (50 rang percentile)
- évitement score 37			Quelque peu en dessous (21 rang percentile)
- émotive score 24			Très en dessous (5 rang percentile)
- rep. agressive			Rappel: les réponses varient de 4 à 20, donc n'y a pas recours
- rep. sexuelle			Rappel: les réponses varient de 4 à 20, donc n'y a pas recours
• <i>Compréhension des gestes</i>			
- Compréhension des concepts légaux			Bonne compréhension
- Reconnaissance responsabilités: /gestes posés			De manière générale, à travailler
/ risques de récidive			
- empathie face victime: / conséquences			De manière générale, à travailler

/ sentiments vécus			À travailler
- compréhension du processus:			De manière générale, à travailler
/ planification			À travailler
/ intérêt sexuel face victime			À travailler
/ reconnaissance remords			
/ risques de récurrence			
• Distorsions cognitives (Abel)			Problématiques : - consentement de la victime - absence de conséquences pour l'agresseur
• Intérêts sexuels déviants (quest. Abel)			Prédominant : - Rel. sex. cons. avec adolescentes - Suivi d'un intérêt, bien que faible, pour rel. sex. avec fillettes de 8 à 10 ans "consentantes".
• Intérêts sexuels déviants (diapos. Abel)			Marqué : femmes adultes Significatif : adolescentes
• Intérêts sexuels non déviants (Abel)			Femmes adultes et adolescentes
• Désirabilité sociale (Abel)			Degré très élevé de désirabilité

### **À APPROFONDIR:**

- Explorer l'intensité des préoccupations sexuelles comme sentiment liés à un stress post traumatique possible (instrument de Brière).
- D'après les instruments, semble avoir une grande estime de lui. Est-ce consistant avec ce qu'il dégage?
- Semble vivre un attachement qui tend à être insécure avec ses amis. Par contre, dit ne pas se sentir seul. Se sent-il capable d'avoir de bons amis et quelle est la qualité de ses relations amicales?
- Explorer ses connaissances en matière de sexualité et l'intensité de ses inconforts.
- Dans quelles situations anxiogènes a-t-il recours à telle ou telle stratégie d'adaptation?
- De manière générale, la compréhension du cycle de l'abus sexuel est à travailler.
- Explorer l'intensité des fantaisies sexuelles déviantes.
- Travailler les distorsions cognitives (erreurs de pensée)

Fabienne Lagueux, M.Ps.  
Coordonnatrice du projet de recherche



## Rapport-synthèse POST : entrevue, questionnaires et système de dépistage des intérêts sexuels

*Date de finalisation du rapport : XXXX*

*Nom de l'adolescent : XXXX*

*Date de naissance : XXXX*

• XXXX ans au moment de l'évaluation

### \* Comparaison de l'interprétation de la cote pré-post

**A** signifie qu'il y a amélioration du symptôme, (i.e. "se porte mieux") et **D** signifie qu'il y a détérioration du symptôme. Le chiffre en parenthèses indique la cote obtenue par le jeune lors du pré-test (prenez note qu'une augmentation de la cote peut traduire soit une amélioration ou une détérioration, selon l'échelle du test). Un "?" suivant le **D** signifie qu'il y a lieu de questionner s'il s'agit effectivement d'une détérioration et non pas d'une meilleure capacité à nommer les difficultés (à explorer avec le jeune). L'absence de commentaires indique des cotes identiques ou dont le changement n'est pas cliniquement significatif aux deux temps d'évaluation.

### Résultats aux questionnaires et instrument de Abel

Dimensions mesurées	Cote	/PRÉ*	Commentaires
• <i>Ajustements psychologiques</i>			
- sentiments dépressifs (Beck)			Absence de dépression
- dépression (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique
- anxiété (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique
- stress post-trauma (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique
- préoccupations sexuelles (Brière)		A	Absence de symptômes d'intensité clinique
- dissociation (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique
- colère (Brière)			Absence de symptômes d'intensité clinique

- Validité -			N'a pas tendance à révéler un score plus bas que la norme.
- Validité +			N'a pas tendance à révéler un score plus haut que la norme.
Dérangé par AS vécu ? (Abel)			Voir Abel
• Estime de soi/sent. compétences (Harter)			Au-dessus de la moyenne: A une bonne estime de lui-même.
- scolaire			Au-dessus de la moyenne : se sent compétent
- social			Au-dessus de la moyenne : se sent compétent
- sportive		A	Au-dessus de la moyenne : se sent compétent
- physique		D	Dans la moyenne
- conduite			Dans la moyenne
- amitiés intimes		D	Dans la moyenne
- attirance/plaisance amoureuse			Au-dessus de la moyenne : se sent compétent
• Traits délinquants (Jesness)			À compléter
• <i>Relation aux parents</i>			
- attachement mère			Attachement dit sécuritaire
- attachement père		D	Tendance à vivre un attachement dit sécuritaire
- attachements aux amis (IPPA)			Tendance à vivre un attachement dit insécuritaire
- présence conflits avec mère			Absence de conflit
- présence conflits avec père			Absence de conflit
- présence conflits avec conjoint			Absence de conflit
• <i>Sexualité</i>			
- attitudes/sexualité (Lief)			A une attitude libérale à l'endroit de la sexualité
- degré de confort : (parler, utiliser contraception, etc.) (Kirby)			Échelle non valide ; N'a pas répondu à suffisamment d'items.
- habiletés hétérosexuelles (HS)			A des compétences hétérosociales élevées.

Dimensions mesurées	Cote	/PRÉ*	Commentaires
• <i>Habiletés sociales</i>			
- habiletés sociales générales (Essy)		D	Dénote un niveau d'habiletés sociales moyen
- sentiment de solitude		D	Dans la moyenne : donnée non-significative
• <i>Gestion du stress</i>			
- centré tâche score 47			Dans la moyenne (54 <sup>e</sup> rang percentile)
- émotive score 27			En-dessous de la moyenne (8 <sup>e</sup> rang percentile)
- évitement score 43			Dans la moyenne (38 <sup>e</sup> rang percentile)
<i>Distraction</i> score 23			<i>Dans la moyenne (50<sup>e</sup> rang percentile)</i>
<i>Diversions</i> score 13			<i>Dans la moyenne (31<sup>e</sup> rang percentile)</i>
- rep. agressive			Il n'y a pas recours Rappel: les réponses varient de 4 à 20
- rep. sexuelle			Il n'y a pas recours Rappel: les réponses varient de 4 à 20
• <i>Compréhension des gestes</i>			
- Compréhension des concepts légaux			Très bonne compréhension
- Reconnaissance responsabilités : /gestes posés		A	Assez bonne responsabilisation
/ risques de récidive		A	
- empathie face victime : / conséquences		A	À travailler...
/ sentiments vécus		A	...afin de reconnaître les sentiments que peuvent vivre les victimes.
- compréhension du processus : /planification		A	À travailler... ...afin de reconnaître l'aspect planifié des comportements sexuels,...
/intérêt sexuel face victime			... reconnaître l'intérêt sexuel face à ses victimes...
/ reconnaissance remords			
/ risques de récidive			...et reconnaître le risque de récidives des comportements d'abus.
• <i>Distorsions cognitives (Abel)</i>			Problématiques : Aucune

• Intérêts sexuels déviants (quest. Abel)			Prédominant : Rel. sex. cons. avec adolescentes
• Intérêts sexuels déviants (diapos. Abel)			Prédominant : - adolescentes Significatif : - femmes adultes
• Intérêts sexuels non déviants (Abel)			Adolescentes et femmes adultes
• Désirabilité sociale (Abel)			Degré élevé de désirabilité

### **À explorer – en lien avec l'évaluation PRÉ ; Suggestions d'interrogations cliniques :**

#### **Les gains**

- Ajustements psychologiques : Légère diminution des symptômes liés aux préoccupations sexuelles (une cote de six, telle qu'obtenue au post-test, se situe sous le seuil limite établi pour parler de symptômes cliniques alors qu'une cote de sept, telle qu'obtenue au pré-test, rencontre ce seuil limite) (voir questionnaire de Brière TSC) ; explorer les éléments ayant pu contribuer à cette amélioration et les renforcer.
- Ajustements psychologiques : Augmentation de son estime de soi sportive ; renforcer cet élément positif.
- Sexualité : Renforcement de sa position libérale. Meilleures connaissances quant à la sexualité, moins de préjugés ? Consulter le questionnaire SKAT.
- Gestion du stress : Utilise légèrement plus la réponse émotive et davantage la réponse d'évitement dans sa gestion du stress (voir C/SS) : Augmentation de sa capacité à "ressentir" et de sa réponse de fuite face aux situations anxiogènes. Explorer ces changements.
- Compréhension des gestes : Renforcer ses progrès quant à la reconnaissance de sa responsabilité, le développement de l'empathie face à ses victimes et sa compréhension du processus (notamment en ce qui concerne l'aspect planifié de ses gestes sexuels) mais poursuivre néanmoins le travail amorcé.

- À noter également l'absence de distorsions cognitives et d'intérêts sexuels déviants et la présence d'intérêts sexuels dit "non déviants". Il importe de comparer ces éléments positifs à ceux obtenus lors de la première passation de l'instrument de Abel.

#### **Les éléments qui demeurent à travailler**

- Ajustement psychologique : Baisse de son estime de soi physique ainsi que celle associée à sa capacité de se faire des amis intimes ; explorer ces changements négatifs quant à sa vision de lui-même.
- Aspects relationnels : Détérioration de la qualité de sa relation au père et difficultés maintenues dans sa relation aux amis (voir questionnaire *IPPA père et amis*) ; explorer ces difficultés relationnelles et les sentiments associés.
- Habiletés sociales : Diminution de son niveau d'habiletés sociales générales (consulter le questionnaire *Essy*). Est-ce le reflet d'une plus grande prise de conscience quant aux comportements inadaptés qu'il peut émettre ou encore une réelle diminution de ses aptitudes ? Explorer avec le jeune.
- Habiletés sociales : Augmentation du sentiment de solitude perçue. Quels en sont les facteurs ? Est-ce un sentiment relativement stable ou plutôt périodique ? Quelles seraient les avenues possibles pour contrer ce sentiment négatif ?

---

Ariane Hébert, M.Ps.

Coordonnatrice du volet Montérégie (projet AAS)

Et

Fabienne Lagueux, M.Ps.

Coordonnatrice projet AAS